A large, stylized graphic of a tree branch in shades of green and yellow, extending from the top left towards the bottom right of the page. The branch is thick and has several smaller, thinner branches extending from it. The background is a solid light yellow color.

Fundación Asesorarte  
Ilex Acción Jurídica

# Cuerpos que luchan

Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres  
afrodescendientes con discapacidad en Buenaventura



## **Cuerpos que luchan:**

Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres  
afrodescendientes con discapacidad en Buenaventura

Fundación Asesorarte

Ilex Acción Jurídica

Título original: **Cuerpos que luchan: derechos sexuales y reproductivos de las mujeres afrodescendientes con discapacidad en Buenaventura.**

**ISBN:** 978-628-95637-8-8

**Primera edición:** marzo de 2025

**La Fundación Asesorarte** está compuesta por mujeres negras dedicadas a brindar asistencia y acompañamiento a personas con discapacidad. Nuestro enfoque principal es promover la asistencia personal, permitiendo que las personas con discapacidad alcancen una mayor autonomía y que las mujeres cuidadoras tengan la oportunidad de desarrollar plenamente sus proyectos de vida.

Correo electrónico: [fundacionasesorarte@gmail.com](mailto:fundacionasesorarte@gmail.com)

Facebook: <https://www.facebook.com/asesorartefundacion>

Instagram: [asesorarte\\_org](https://www.instagram.com/asesorarte_org)

**Ilex Acción Jurídica** es una organización de la sociedad civil liderada por abogadas afrodescendientes, dirigida a impulsar estrategias de acción jurídica, comunicaciones e investigación social con enfoque interseccional, para contribuir al goce efectivo de los derechos de las comunidades y personas afrodescendientes en Colombia. Nuestro propósito es brindar apoyo técnico jurídico a personas, comunidades y organizaciones afrodescendientes para lograr el acceso a sus derechos y para combatir la discriminación racial.

Página: <https://www.ilexaccionjuridica.org>

Correo electrónico de contacto: [info@ilex.com.co](mailto:info@ilex.com.co)

Facebook: <https://www.facebook.com/ilexAJ/>

Twitter: [@IlexAJ](https://twitter.com/IlexAJ)

**Directora Asesorarte:**

Ana Bolena Rodríguez

**Directora General Ilex Acción Jurídica:**

Audrey Mena Mosquera

**Investigadores (as):**

Ana Bolena Rodríguez

Juan David Macuacé Torres

Eliana Robles Pallares

Nini Johanna Vengoechea Lavado

**Asistente en la investigación:** Sofía Ramírez

**Correctora de estilo:**

Thalía Stephanie Yumbra Ruiz

**Ilustración de cubierta, diseño y diagramación:**

Maria José Porras Sepúlveda

Esta publicación debe citarse como: Fundación Asesorarte e Ilex Acción Jurídica (2025). Cuerpos que luchan: derechos sexuales y reproductivos de las mujeres afrodescendientes con discapacidad en Buenaventura.

## Resumen

Este informe presenta los resultados de una investigación realizada por la Fundación Asesorarte, con el apoyo de ILEX Acción Jurídica, cuyo objetivo fue comprender las barreras, condiciones y posibilidades de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (En adelante IVE) y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de mujeres negras con discapacidad en Buenaventura, Colombia.

A partir de una metodología cualitativa basada en entrevistas, grupos focales y análisis documental, se construyó una lectura interseccional de las múltiples formas de opresión que enfrentan las mujeres con discapacidad. El estudio analiza cómo se entrelazan el racismo, el capacitismo y la exclusión territorial en el sistema de salud, revelando prácticas sistemáticas de infantilización, revictimización, violencia institucional y negación del deseo sexual y reproductivo. El análisis también aborda el papel del cuidado, la medicalización del cuerpo, y la precarización de la vida como condiciones estructurales que restringen el ejercicio pleno de los derechos.

Este estudio pretende contribuir, aunque sea modestamente, a la comprensión y análisis de las experiencias situadas de mujeres negras con discapacidad frente al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; el desarrollo de un marco de análisis interseccional y comunitario; y una serie de recomendaciones orientadas a instituciones estatales, personal médico, organizaciones sociales y tomadores de decisión, que buscan fortalecer políticas públicas, servicios accesibles y prácticas institucionales que garanticen la autonomía, el consentimiento informado y el derecho a una vida digna.



## Agradecimientos

A los colectivos de personas con discapacidad que compartieron sus saberes, vivencias y demandas, ayudándonos a construir una mirada más justa y situada; y a las lideresas territoriales, quienes nos guiaron con firmeza, afecto y cuidado en cada barrio que visitamos.

Agradecemos profundamente a las y los investigadores de terreno, Nazly Daniela Lozano, Karen Rodallega Campaz y Jhann Zúñiga Bejarano, por su compromiso, sensibilidad y entrega en cada etapa del proceso.

A las pares evaluadoras: Nini Vengoechea, docente de la Universidad del Valle, quien además contribuyó con la escritura de uno de los capítulos de esta investigación, y a María Eugenia Escobar Mafla, directora de la Federación Colombiana de Discapacidad, por sus valiosos aportes, lectura crítica y acompañamiento respetuoso.

Finalmente, al equipo de Asesorarte, por su compromiso constante con nuestro bienestar, por su respaldo estratégico y por su apoyo logístico en el trabajo de campo: Fabio Riascos, Juliana Córdoba, Zoraida Mondragón y Patricia Valencia.



# Índice de contenido

|   |    |
|---|----|
| <b>Introducción</b> .....   | 11 |
| <b>Capítulo 1. Contexto geográfico y socioespacial</b> .....  | 13 |
| Corregimiento de Cisneros .....   | 14 |
| Corregimiento Bajo Calima (Km 9).....   | 15 |
| Barrio María Eugenia .....  | 15 |
| Barrio La Inmaculada .....  | 15 |
| Barrio Antonio Nariño.....  | 16 |
| <b>Capítulo 2. Metodología e instrumentos</b> .....   | 17 |
| <b>Capítulo 3. Retos y aprendizajes sobre la investigación social con mujeres negras con discapacidad</b> .....   | 23 |
| Taller en el Banco de la República: mujeres con discapacidad visual y física.....   | 26 |
| Taller en el barrio Antonio Nariño: mujeres con discapacidades cognitivas, intelectuales y físicas ...  | 27 |
| Casa a casa en el barrio La Inmaculada.....   | 27 |
| Cisneros (zona rural): mujeres con síndrome de Down y discapacidades visuales y físicas .....   | 28 |
| Kilómetro 9: mujeres en zona rural con discapacidades visuales y físicas .....  | 28 |
| <b>Capítulo 4. Sistemas de opresión e interseccionalidad: otras miradas para comprender las realidades de las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura</b> .....     | 31 |
| <b>Capítulo 5. Una aproximación al marco normativo de la IVE en Colombia</b> .....  | 35 |
| <b>Capítulo 6. Corpografías para mapear las resistencias en los cuerpos de las mujeres negras con discapacidad</b> .....  | 47 |
| <b>Capítulo 7. Diferencias en las experiencias de mujeres negras con discapacidad para acceder a derechos sexuales y reproductivos:</b> .....                               | 55 |
| Barreras de acceso a la salud: infraestructura y desigualdades socioespaciales para mujeres negras con discapacidad en Buenaventura .....                                   | 59 |
| Estereotipos y creencias sobre el género y la sexualidad: las barreras de acceso desde una perspectiva de género .....  | 62 |
| El racismo estructural y la discapacidad: barreras doblemente excluyentes para las mujeres negras de Buenaventura en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos..... | 64 |
| <b>Capítulo 8. Accesibilidad y sensibilidad en la atención de salud reproductiva para las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura</b> .....                         | 67 |
| <b>Capítulo 9. Imaginarios y estigmas sociales sobre las mujeres negras con discapacidad</b> .....  | 71 |
| <b>Conclusiones</b> .....   | 75 |
| <b>Recomendaciones</b> .....  | 81 |
| <b>Referencias bibliográficas</b> .....   | 85 |
| <b>Glosario</b> .....   | 91 |



## Lista de figuras y tablas

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1.</b> Taller de corpografía con mujeres sordas, grupo 1 .....   | 49 |
| <b>Figura 2.</b> Taller de corpografía con mujeres sordas, grupo 1 .....   | 50 |
| <b>Figura 3.</b> Taller de corpografía con mujeres sordas, grupo 3 .....   | 51 |
| <b>Figura 4.</b> Taller de corpografía con mujeres .....   | 52 |
| <b>Figura 5.</b> Taller de corpografía con mujeres con discapacidad física y cognitiva.....                              | 53 |
| <b>Figura 6.</b> Taller de corpografía con mujeres con discapacidad física y cognitiva.....                              | 54 |
| <b>Figura 7.</b> Barreras en el acceso a la salud sexual y reproductiva .....  | 56 |
| <b>Figura 8.</b> Necesidades de apoyo familiar en decisiones sobre salud sexual y reproductiva.....                      | 57 |
| <b>Figura 9.</b> Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos,<br>incluyendo el derecho a la IVE .....           | 58 |
| <b>Figura 10.</b> Acceso a información en formatos accesibles sobre salud sexual y reproductiva .....                    | 59 |
| <b>Figura 11.</b> Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos,<br>incluyendo el derecho a la IVE .....          | 59 |
| <br>   |    |
| <b>Tabla 1.</b> Listado de entidades a las que se solicitó información, fecha de solicitud y respuesta<br>obtenida ..... | 19 |



## Introducción

Las mujeres negras con discapacidad enfrentan una intersección compleja de desigualdades marcadas por el racismo, el capacitismo, el machismo y la exclusión social. Estas realidades se agudizan en contextos donde el acceso a derechos sexuales y reproductivos, como la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE), sigue siendo limitado por barreras culturales, económicas, de infraestructura y por la falta de capacitación de los/las profesionales de la salud. Para los propósitos de este informe, es importante reconocer que las acciones y omisiones de los prestadores de servicios de salud —incluyendo negativas, dilaciones injustificadas y la instrumentalización de la objeción de conciencia— también representan barreras significativas. Estas prácticas vulneran principios fundamentales como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, y perpetúan la exclusión de mujeres, hombres trans y personas no binarias que quieran acceder a una IVE.

A pesar de los avances en el marco legal colombiano que reconocen el derecho a la IVE, las mujeres con discapacidad, especialmente aquellas de comunidades afrodescendientes, continúan siendo marginadas en el ejercicio pleno de sus derechos y enfrentan prejuicios que las infantilizan, deshumanizan, niegan su autonomía y despojan de agencia a sus cuerpos.

Este informe se propone explorar las experiencias de estas mujeres desde un enfoque interseccional\*, poniendo en el centro sus voces y vivencias. Existe un campo creciente de investigación sobre la intersección entre justicia reproductiva y discapacidad.\*\* Este estudio busca contribuir a ese campo desde un lugar que no ha sido suficientemente explorado, relativo a la experiencia de mujeres afrodescendientes con discapacidad en el Pacífico colombiano, donde esas barreras operan junto al racismo estructural y la precariedad del sistema de salud. A través de un riguroso trabajo metodológico que incluyó encuestas, entrevistas semiestructuradas, etnografías y corpografías, buscamos

---

\* El enfoque interseccional es indispensable en este estudio porque aborda la complejidad de las identidades de las participantes: mujeres, afrodescendientes, en condiciones de empobrecimiento y con discapacidad. Reconocer estas intersecciones nos permite identificar cómo la pertenencia a ciertos grupos puede exponer y agravar las situaciones de personas que se enfrentan a múltiples formas de discriminación o limitaciones en el goce pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, tema abordado en este informe. Este enfoque facilita comprender cómo estas identidades complejas moldean de manera específica la experiencia de cada persona frente a los sesgos y vulneraciones sistémicas.

\*\* Sobre capacitismo y derechos reproductivos, véase, entre otros, Chang, C. et al., “Patient Experiences in Accessing Reproductive Health Services for Women With Cognitive, Intellectual, and Developmental Disabilities”, *Women’s Health Issues*, 2025; Cruz Pérez, M.P., “Acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: el papel de las y los prestadores de servicios”, *La ventana*, n.º 42, 2015; Rodríguez-Garrido, P., “Violencia obstétrica capacitista hacia mujeres con discapacidad”, *Salud Colectiva*, vol. 19, e4676, 2023. Sobre opresión reproductiva racializada, Roberts, D., *Killing the Black Body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty*, 1997. Sobre el marco normativo regional, Ariza Navarrete, S., Zapata, C. y Ramón Michel, A., *Derechos sexuales y reproductivos para personas con discapacidad: un panorama regional*, CLACAI, 2025. En Colombia, PAIIS y Profamilia, *Capacidad jurídica, derechos reproductivos y sexuales de mujeres con discapacidad intelectual y psicosocial en Colombia*, 2014.

desentrañar las dinámicas sociales, culturales e institucionales que perpetúan la falta de garantía de sus derechos sexuales y reproductivos y las violencias que atraviesan sus vidas. Reconocemos que, si bien el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es un derecho individual, su garantía efectiva está profundamente condicionada por desigualdades estructurales. En el caso de las mujeres negras con discapacidad, estas inequidades limitan su posibilidad de ejercer plenamente estos derechos y, en ese sentido, su vulneración no es un hecho aislado, sino parte de un patrón estructural de exclusión.

Este trabajo surge, además, como una respuesta al evidente subregistro de información sobre el acceso de mujeres afrocolombianas con discapacidad a servicios de IVE y otros derechos sexuales y reproductivos. Frente a este vacío, se vuelve indispensable generar conocimiento que no solo documente las barreras y desigualdades, sino que también reconozca las estrategias de resistencia y agencia desplegadas por las propias mujeres.

Aunque esta investigación no pretende abarcar la totalidad de las experiencias de las mujeres negras con discapacidad, las historias y testimonios recopilados ofrecen una mirada significativa que expone problemáticas urgentes y evidencian la importancia de atender estos problemas desde una perspectiva de justicia social y derechos humanos. El objetivo es, además de contribuir al entendimiento académico, incidir en políticas públicas más inclusivas y en prácticas sociales que promuevan la equidad y la dignidad para todas.

# Capítulo I

## Contexto geográfico y socioespacial

Buenaventura es un municipio del departamento del Valle del Cauca, categorizado como Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, que se extiende desde las costas del océano Pacífico hasta las alturas de la cordillera Occidental. Limita al norte con el Chocó, al sur con el Cauca y al este con los municipios de Jamundí, Cali, Dagua y Calima Darién (Jaramillo, 2023). Este territorio se caracteriza por su notable población afrodescendiente, que representa más del 85 % de sus habitantes. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el año 2024 la población de Buenaventura ascendía a 324.130 personas, distribuidas entre zonas urbanas y rurales. La zona rural comprende 268 veredas organizadas en 19 corregimientos, con ecosistemas ricos en ríos, quebradas y costas. En estas áreas, asentamientos como Puerto Merizalde, San Francisco del Naya, Juanchaco y Yurumanguí conservan un profundo sentido de ancestralidad y colectividad. La cabecera municipal combina una geografía insular centrada en la actividad portuaria y una zona continental residencial (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] y Agencia de Desarrollo Rural, 2019).

La biodiversidad de Buenaventura es un recurso clave para el turismo, y ríos como el Dagua, Anchicayá, Calima, Raposo y Yurumanguí destacan por su atractivo paisajístico (Jaramillo, 2023). A pesar de los problemas de violencia y desplazamiento forzado, la población ha encontrado formas de aprovechar sus recursos naturales. Por ejemplo, la Asociación de Mujeres en Progreso, en el Bajo San Juan, transforma plantas del bosque en productos comerciales y medicinales. Asimismo, la organización Jóvenes Unidos implementó, en 2002, un proyecto ecológico en la quebrada Melquiades, para fomentar la protección ambiental (Libreros, 2018).

Sin embargo, Buenaventura enfrenta una paradoja económica. Aunque la pesca, la minería, el comercio de madera y otras actividades generan ingresos, la principal fuente de divisas es el puerto marítimo, esencial para el comercio nacional e internacional. Este crecimiento económico contrasta con la precariedad que viven sus habitantes: reflejada en los índices de pobreza, de violencia y en la falta de acceso a servicios básicos esenciales. Según un informe de calidad de vida, en el 2023 el 10.97 % de los nacidos vivos en Buenaventura nacieron bajos de peso, una tendencia que se presentó al alta, puesto que pasó de 330 casos en 2022 a 358 en 2023. En el mismo año, 18 de cada 1000 niños menores de cinco años murieron por desnutrición y los homicidios aumentaron en un 22.13 % entre 2022 y 2023 (Buenaventura Cómo Vamos, 2024). Los indicadores de

salud del distrito para el año 2024 confirman la precariedad del sistema. La razón de mortalidad materna alcanzó 133,3 por cada 100.000 nacidos vivos, aproximadamente tres veces la razón nacional de 45,8 registrada en el mismo año (DANE, 2025), y el distrito contaba con apenas 194 médicos para atender a toda su población, lo que equivale a 0,6 profesionales por cada 1.000 habitantes frente al promedio nacional más reciente de 1,8 (OCDE). Estos indicadores de peores resultados en salud y calidad de vida están asociados al acceso desigual a la salud y a los beneficios del acceso al progreso de la ciencia.

Desde los años 70, la violencia ha marcado la vida en Buenaventura, primero con la presencia de las Farc-EP y luego con las autodefensas, lo que ha conducido a masivos desplazamientos forzados. Hoy, el 81 % de la población vive en condiciones de pobreza, exacerbada por el desempleo, que alcanzó el 24.6 % en 2023. Además, en el mismo año, la cobertura educativa secundaria cayó al 53 %, y el número de instituciones educativas disminuyó de 329 en 2020 a 315 en el 2024 (Secretaría de Etnoeducación del Distrito Especial de Buenaventura, 2024).

En este contexto, las condiciones socioeconómicas y los retos de Buenaventura requieren de visibilización y análisis constantes. Esta descripción general es el resultado de talleres y entrevistas realizadas en diversas localidades urbanas y rurales, con el fin de proporcionar un panorama representativo de las dinámicas sociales, económicas y territoriales del municipio. Sin embargo, este contexto no abarca la totalidad de Buenaventura, debido a las complejas realidades de violencia que no permiten recorrer todo el territorio con mínimas condiciones de seguridad para el equipo de investigación ni para las mujeres participantes de este informe. Por ello, aunque se realizaron encuentros con mujeres de distintos barrios, solo se pudieron visitar algunas localidades de zonas rurales como los corregimientos Cisneros, Bajo Calima kilómetro 9; y en la zona urbana algunos barrios como La Inmaculada, María Eugenia y Antonio Nariño. A continuación, se proporcionan breves descripciones etnográficas de estos lugares.

### **Corregimiento de Cisneros**

El corregimiento de Cisneros se enfrenta a serias limitaciones en infraestructura y accesibilidad. Su puente colgante, construido en 2017, y aunque relativamente nuevo, carece de estabilidad suficiente para ser considerado seguro, especialmente para personas con discapacidad física que dependen de herramientas de movilidad como sillas de ruedas, bastones o muletas; esto significa que su uso puede representar un riesgo físico considerable. La ausencia de calles pavimentadas, reemplazadas por terrenos de barro y piedra, refuerza las barreras para la movilidad segura y accesible.

El centro médico local, lugar donde se realizó el taller, evidenció aún más las carencias de la comunidad. Este espacio, reducido y con recursos mínimos, no es suficiente para

cubrir las necesidades básicas de salud, menos aún para personas con requerimientos específicos, entre las que se encuentran las mujeres con discapacidad, personas de interés en este estudio. A esto se suma el hecho de que muchas de estas mujeres deben desplazarse al casco urbano para acceder a servicios médicos adecuados, lo que incrementa su vulnerabilidad al tener en cuenta los costos asociados al transporte y los riesgos del viaje.

### **Corregimiento Bajo Calima (Km 9)**

La situación en Bajo Calima es compleja. Su aislamiento geográfico y la falta de vías pavimentadas dificultan el acceso y la conexión con otros sectores, limitando las oportunidades de desarrollo económico, educativo y de acceso a servicios de salud. Los principales medios de transporte en la zona —motocicletas y chiva o bus escalera— no son suficientes para cubrir las necesidades de movilidad de toda la población.

A pesar de contar con una infraestructura destinada a un puesto de salud, este no se encuentra en funcionamiento, situación que obliga a los habitantes a desplazarse hasta el casco urbano, lo que no siempre es una opción viable debido a la falta de transporte regular y a los costos económicos del traslado. La economía local depende principalmente de actividades como la pesca, la tala de árboles y la minería, trabajos que a menudo implican riesgos físicos. Este contexto se identificó en el taller realizado en el corregimiento, donde varias mujeres con discapacidad narraron cómo sus lesiones son producto de accidentes laborales.

### **Barrio María Eugenia**

Este barrio presenta un mejor acceso a infraestructura y servicios básicos en comparación con las zonas rurales mencionadas. La mayoría de sus calles son pavimentadas y su proximidad a la Clínica Santa Sofía y a instituciones educativas públicas y privadas mejora las condiciones de vida de sus habitantes. Sin embargo, el barrio también enfrenta retos importantes debido a los esteros parcialmente deforestados, donde muchas familias han construido sus viviendas. Estas áreas son propensas a inundaciones y a la proliferación de mosquitos, lo que incrementa los riesgos de enfermedades.

### **Barrio La Inmaculada**

El barrio La Inmaculada, ubicado en la comuna 5 de Buenaventura, enfrenta una compleja realidad social marcada por altos niveles de violencia y vulnerabilidad. En esta zona se encuentra TCBUEN, un puerto seco o terminal de contenedores cuya construcción ha generado graves problemas de desplazamiento interno, ejecutados con frecuencia bajo la presión y amenaza de grupos armados al margen de la ley. Este fenómeno ha

desarraigado a numerosas familias y profundizado la precarización de sus condiciones de vida.

El barrio también padece graves problemas de accesibilidad. Sus calles sin pavimentar, estrechas y en mal estado representan una barrera considerable para las personas con movilidad reducida, especialmente para las mujeres con discapacidad física, mental o cognitiva, pues ellas enfrentan, en este contexto de precariedad, una mayor exposición a riesgos como violencia sexual, una problemática profundamente alarmante que, sin embargo, permanece invisible debido a varios factores estructurales y sociales, entre los que destacan: i) muchas familias, en un intento por “proteger” a estas mujeres, las someten al uso de métodos anticonceptivos sin su consentimiento; ii) las familias, temiendo consecuencias por parte de los agresores o los grupos armados, optan por no denunciar hechos de violencia sexual, lo que mantiene el círculo de impunidad y desprotección.

### Barrio Antonio Nariño

Antonio Nariño, por su parte, se destaca por ser uno de los barrios más extensos entre los visitados. Aunque cuenta con sectores pavimentados, otros tienen calles en mal estado y terrenos irregulares que complican la movilidad, especialmente para personas con discapacidades físicas. El transporte local, compuesto principalmente por colectivos, taxis y motos, facilita la conectividad, pero las condiciones de las calles y la inseguridad en la zona agravan las dificultades diarias.

Este barrio también enfrenta desafíos relacionados a la ausencia de un sistema de alcantarillado, lo que ocasiona encharcamientos y contaminación del aire, que dan como resultado múltiples enfermedades infecciosas.

A nivel social, la violencia y la actividad de bandas delincuenciales generan un entorno de miedo e inseguridad para las mujeres y niñas. Las madres cuidadoras, especialmente, temen por la seguridad de sus hijas, lo que las lleva a tomar medidas como la planificación familiar a edades tempranas y con métodos de larga duración.

## Capítulo 2

# Metodología e instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación se empleó una combinación de herramientas metodológicas que permitieron una aproximación a las realidades que enfrentan las mujeres negras con discapacidad en relación con el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos, incluido el acceso a la IVE. Ante la falta de información sistematizada y el subregistro en estas temáticas, resultó fundamental diseñar un enfoque metodológico que integrara diversas perspectivas y fuentes de datos, y que se adaptara a los múltiples niveles de exclusión que afectan a esta población.

La investigación se llevó a cabo entre septiembre y diciembre de 2024, un periodo marcado por limitaciones de recursos económicos que definieron la intensidad y el alcance del trabajo de campo. Durante esta ventana de observación se utilizaron los siguientes instrumentos:

**1.** Se aplicaron 26 encuestas dirigidas a mujeres con discapacidad, en edades entre los 16 y 60 años, residentes de la zona urbana y rural de Buenaventura, para recoger información general sobre su conocimiento y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

**2.** Se realizaron 20 entrevistas en profundidad con diversos actores:

- Un intérprete con 21 años de experiencia que ha trabajado con distintas instituciones.
- Tres representantes de Profamilia, quienes aportaron información sobre los servicios disponibles para mujeres con discapacidad.
- Una investigadora experta en género y discapacidad, la profesora Nini Vengoechea, cuyas reflexiones personales y profesionales enriquecieron el análisis.
- 17 mujeres que residen en zonas tanto urbanas como rurales de Buenaventura y que tienen diferentes tipos de discapacidad: física, mental, visual y auditiva. Ellas compartieron sus vivencias y desafíos en torno al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

**3.** El equipo de investigación realizó observaciones participativas en territorios y comunidades, lo que permitió identificar dinámicas culturales, barreras estructurales y contextos específicos que afectan a las mujeres negras con discapacidad.

4. Se implementaron estas herramientas participativas para explorar cómo las mujeres perciben y experimentan sus cuerpos en relación con su entorno y los servicios de salud.

El subregistro de datos sobre el acceso a la IVE y otros derechos sexuales y reproductivos para mujeres negras con discapacidad constituye una barrera significativa para entender plenamente su situación. Este vacío en la información oficial y académica nos llevó a construir una metodología enfocada en la experiencia de las mujeres sujetas de investigación, recopilando testimonios directos y empleando herramientas que visibilizan sus vivencias cotidianas.

El equipo investigador reconoce que esta investigación no refleja la totalidad de las experiencias de las mujeres negras con discapacidad. Sin embargo, la información recolectada tiene un valor incalculable, pues evidencia situaciones que permanecen frecuentemente invisibilizadas. Estas historias y análisis no pretenden generalizar, sino destacar las especificidades de las barreras y violencias estructurales que enfrentan estas mujeres y, al mismo tiempo, proponen una línea base para futuras investigaciones y acciones de incidencia orientadas a la superación de las barreras identificadas.

De la misma forma, es importante mencionar que los datos y relatos recolectados durante este periodo corresponden solo a un corte temporal en el análisis, alineado al contexto de ese momento. Es decir, los resultados reflejan las experiencias de un grupo particular de mujeres en un contexto específico y no ofrecen certezas sobre lo ocurrido antes o después de dicha etapa.

Finalmente, se reitera que este enfoque metodológico tuvo como eje central el reconocimiento de las múltiples intersecciones que configuran la experiencia de estas mujeres: género, raza, clase, discapacidad y territorio. Así, las herramientas utilizadas, además de registrar datos, también buscan crear espacios donde las participantes expresen sus vivencias desde sus propias voces, aportando una perspectiva crítica y situada que contribuye al análisis de las inequidades estructurales en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres protagonistas de este informe.

#### ■ Solicitudes a instituciones de salud en Buenaventura

Entre septiembre y diciembre de 2024, a algunas instituciones de salud en Buenaventura se les solicitaron espacios para entrevistar a sus directivas y a algunos profesionales de la salud, con el fin de conocer los protocolos y servicios disponibles para la atención de mujeres negras con discapacidad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Solo Profamilia respondió a esta solicitud y proporcionó información para el análisis. En la tabla 1 se presenta la información de las solicitudes realizadas y respuestas obtenidas.

**Tabla 1.** Listado de entidades a las que se solicitó información, fecha de solicitud y respuesta obtenida

| Institución de salud  | Fecha de solicitud       | Tipo de respuesta |
|---|--------------------------|-------------------|
| Oficina de la Agencia especial de intervención de la Red de Salud Pública de Buenaventura Luis Ablanque de la Plata | 17 de septiembre de 2024 | Ninguna           |
| Oficina del subgerente científico de la Red de Salud Pública de Buenaventura Luis Ablanque de la Plata              | 17 de septiembre de 2024 | Ninguna           |
| Oficina del jefe de Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Red Pública del distrito de Buenaventura            | 17 de septiembre de 2024 | Ninguna           |
| Secretaría de Salud Distrital   | 26 de septiembre de 2024 | Ninguna           |
| Dirección de Investigaciones de Profamilia  | 17 de octubre de 2024    | 1 entrevista      |
| Gerencia Regional de Profamilia   | 17 de octubre de 2024    | 1 entrevista      |
| Médica general de Profamilia  | 17 de octubre de 2024    | 1 entrevista      |

Fuente: elaboración propia.

### ■ Antecedentes de la investigación

Esta investigación surge de la necesidad de explorar un vacío en la investigación sobre las intersecciones entre justicia reproductiva, raza, discapacidad y derechos sexuales y reproductivos (DSR) en el contexto de las mujeres negras con discapacidad. Su propósito es comprender las barreras y obstáculos que enfrentan las mujeres negras con discapacidad en el acceso a los efectos distributivos del marco legal del derecho al aborto y, en general, de los DSR. Esta región, marcada por profundas desigualdades económicas, sociales y culturales, ha sido históricamente un epicentro de exclusión para las comunidades afrodescendientes. Las barreras de acceso a servicios esenciales, situación agravada por la desigualdad racial, la precarización del sistema de salud y la ausencia de políticas públicas inclusivas, motivó a las organizaciones ILEX Acción Jurídica y Fundación Asesorarte a unir esfuerzos para desarrollar esta investigación.

El acuerdo de colaboración entre ambas organizaciones tiene un antecedente clave, en el año 2023, ILEX llevó a cabo la investigación *IVE desde el margen: análisis de limitaciones sociojurídicas de las mujeres negras afrodescendientes para el acceso a la*

*Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*, en la que se documentaron múltiples barreras estructurales —territoriales, institucionales, económicas y sociales— que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes en Colombia para ejercer su derecho al aborto. Uno de los vacíos identificados en el estudio fue la escasa disponibilidad de datos desagregados que permitan analizar el impacto diferencial de estas barreras en subgrupos específicos, por ejemplo, para las mujeres negras con discapacidad. A partir de esta necesidad, la Fundación Asesorarte inició una línea de trabajo centrada en comprender cómo la intersección entre racismo, capacitismo y desigualdad económica configura obstáculos particulares en el acceso al aborto y otros servicios de salud sexual y reproductiva.

Para consolidar esta agenda de investigación, en el 2023 se llevaron a cabo actividades fundamentales que permitieron sentar las bases del estudio actual. El 26 y el 27 de octubre se realizó el primer Primer Encuentro Nacional de Mujeres Negras Cuidadoras y Mujeres con Discapacidad, que reunió a lideresas de distintas regiones del país (Cartagena, Cali, Guapi, Santander de Quilichao, entre otras). Este evento no solo permitió identificar patrones comunes de exclusión y violencia en torno a los DSR de las mujeres con discapacidad, sino que también posibilitó la construcción de un manifiesto dirigido al Gobierno nacional y la conformación de la Red Nacional de Mujeres Negras Afro Cuidadoras.

Así mismo, se desarrolló el diálogo formativo “Derechos sexuales y reproductivos: una visión desde los derechos étnico-raciales y comunidades rurales”, un espacio que permitió visibilizar las barreras que enfrentan las mujeres con discapacidad desde la familia, la sociedad y las instituciones encargadas de garantizarles estos derechos. Este encuentro generó insumos clave para la estructuración del enfoque metodológico de esta investigación, ya que evidenció la necesidad de adoptar estrategias participativas que situaran en el centro las experiencias de las mujeres negras con discapacidad.

El contexto de vulneración sistemática de derechos fue nuevamente expuesto en abril de 2024, durante la visita de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) a Colombia. En este espacio, ILEX y Asesorarte presentaron evidencia sobre las precarias condiciones de derechos humanos de las personas con discapacidad en Buenaventura. En esta instancia, una de las comisionadas realizó una pregunta crucial: ¿existen datos que documenten la situación de las mujeres negras con discapacidad en materia de DSR? La ausencia de información sistematizada sobre este tema recaló la urgencia de desarrollar una investigación específica que permitiera contribuir a llenar este vacío de conocimiento y fortaleciera, a su vez, la incidencia en políticas públicas.

Esta investigación parte de ese vacío de información y busca, entonces, documentar las barreras de acceso al aborto y a otros servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, basada en un modelo de colaboración entre organizaciones afrocolombianas para abordar

problemas estructurales desde un enfoque interseccional. La articulación entre ILEX Acción Jurídica y Fundación Asesorarte se inscribe dentro de los esfuerzos por desarrollar investigaciones desde y para las comunidades afrodescendientes, democratizar el acceso al conocimiento y generar herramientas que permitan incidir en la garantía de derechos. La falta de estudio de la desigualdad racial en el acceso a derechos, la estratificación y las oportunidades de vida que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes con discapacidad es la garantía para que se sigan reproduciendo políticas con una pretendida igualdad formal que no se pregunta cómo alcanzan sus medidas a grupos subalternos, frecuentemente excluidos. Este modelo de trabajo colaborativo puede ser un referente para futuras investigaciones y proyectos sociales en otras regiones del país, y permite consolidar un enfoque de justicia reproductiva en la realización de los derechos sexuales y reproductivos.

Esta investigación fue desarrollada en alianza entre la Fundación Asesorarte e ILEX Acción Jurídica, en el marco del programa de fortalecimiento de capacidades investigativas de esta última. Conforme a su Política de Investigaciones, el rol de ILEX es acompañar procesos de generación de conocimiento situado, potenciando el liderazgo de las organizaciones aliadas en la autoría y el análisis de sus propias realidades.



# Capítulo 3

## Retos y aprendizajes sobre la investigación social con mujeres negras con discapacidad

En Buenaventura, municipio del Pacífico colombiano, las mujeres negras con discapacidad enfrentan un grupo de barreras históricas y estructurales que afectan su acceso a sus derechos sexuales y reproductivos, en particular el acceso a la IVE. Estas barreras son el resultado de un legado de racismo, exclusión social y abandono estatal en la región, agravado por la precariedad del sistema de salud, la falta de infraestructura educativa y el impacto de la violencia del conflicto armado. A esto se suma la invisibilización histórica de las mujeres negras con discapacidad, cuyas experiencias no han sido suficientemente documentadas ni consideradas en la construcción de políticas públicas.

La elección de un enfoque cualitativo y participativo responde a la urgencia de construir conocimiento desde y con las comunidades afectadas, que permita profundizar en sus experiencias y perspectivas, en este caso, las mujeres negras con discapacidad de Buenaventura. Involucrar sus voces y experiencias permite comprender las estructuras de poder que condicionan su autonomía sexual y reproductiva y, a su vez, ofrece herramientas para identificar intervenciones que reduzcan las brechas en el acceso a servicios de salud reproductiva.

El desarrollo de esta investigación en Buenaventura implicó abordar, con toda su complejidad, temas sensibles y poco explorados en territorios atravesados por múltiples desigualdades. Uno de los principales desafíos fue el subregistro, pues los sistemas oficiales de información rara vez consideran variables interseccionales como género, pertenencia étnico-racial, discapacidad y acceso a la salud sexual y reproductiva. Esta ausencia de datos profundiza la invisibilidad sobre las características de este grupo en su acceso a salud y servicios sociales y dificulta la formulación de políticas basadas en evidencia.

Las encuestas realizadas en el marco de esta investigación, aunque limitadas en número (26 en total), ofrecen un panorama inicial sobre las barreras y experiencias relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura. Estas entrevistas no pretenden ser representativas de

toda la población objetivo, sino que buscan complementar los hallazgos obtenidos a través de las entrevistas semiestructuradas, las etnografías y los ejercicios de corpografía.

El uso de las encuestas se justifica metodológicamente en su capacidad para proporcionar datos estructurados que sirven como indicadores de tendencias y comportamientos. Aunque el tamaño de la muestra es reducido, los resultados fueron analizados con un enfoque cualitativo, destacando patrones recurrentes que luego se triangularon con los datos obtenidos mediante otros métodos. Este enfoque permite superar parcialmente las limitaciones asociadas al tamaño de la muestra y genera insumos para comprender la realidad estudiada.

Los problemas de seguridad y violencia en Buenaventura se convirtieron en otro obstáculo significativo tanto para el equipo de investigación como para las mujeres participantes. La presencia de grupos armados y la inseguridad en muchos territorios limitó la capacidad del equipo para acceder a ciertas localidades y, en consecuencia, la posibilidad de establecer espacios seguros para el diálogo y la recolección de información. Esto generó barreras adicionales, especialmente en zonas rurales y urbanas más marginalizadas, donde las mujeres con discapacidad enfrentan mayores dificultades de desplazamiento.

Ante este panorama se recurrió al uso de la etnografía como herramienta fundamental para la investigación. Adicionalmente, a través de los diarios de campo, el equipo de trabajo registró observaciones, experiencias y narrativas sobre las dificultades encontradas y los ajustes realizados sobre la marcha para superar los retos en la recolección de información. Estos desafíos estaban relacionados con los contextos barriales y las dinámicas familiares de las mujeres participantes, que en muchos momentos representaban obstáculos tanto para acceder a sus relatos como para aplicar las entrevistas y encuestas. Esta metodología permitió profundizar en la documentación de las realidades de las mujeres participantes, sus experiencias individuales y las dinámicas colectivas y estructurales que moldean su acceso —o la falta de este— a derechos esenciales como la salud sexual y reproductiva; de la misma forma, permitió superar parcialmente las barreras impuestas por el contexto. Sin embargo, esta aproximación también pone de manifiesto la urgencia de construir bases de datos más inclusivas y herramientas de recolección de información que consideren las múltiples desigualdades que actúan en territorios como Buenaventura. A través de una perspectiva interseccional es posible visibilizar y atender las necesidades específicas de poblaciones como las mujeres negras con discapacidad.

Desde las ciencias sociales, esta investigación plantea la necesidad de abordar esta problemática con un enfoque crítico y ético, reconociendo la intersección entre raza, género, clase y discapacidad como factores determinantes en el acceso desigual a los derechos humanos. La investigación social resulta valiosa en este contexto, tanto para visibilizar las múltiples formas de exclusión que enfrentan estas mujeres como para desafiar los imaginarios y prácticas que perpetúan su vulnerabilidad.

El estudio de las barreras para el acceso a la IVE desde las ciencias sociales permite desentrañar las limitaciones materiales, como la falta de hospitales o personal capacitado, el impacto de la desigualdad social y racial, así como también las dinámicas simbólicas y culturales que refuerzan la exclusión. El enfoque interseccional brinda la posibilidad de ver cómo la racialización, la discapacidad y el género interactúan para restringir los derechos de las mujeres negras con discapacidad, un grupo históricamente marginado en los estudios sobre discapacidad en Colombia. Abordar esta problemática desde una perspectiva social permite articular análisis críticos sobre los imaginarios colectivos que deshumanizan y vulneran a estas mujeres, cuestionar el modelo de salud centralizado y excluyente, y proponer alternativas basadas en el reconocimiento pleno de la diversidad humana. Las ciencias sociales ofrecen herramientas metodológicas y analíticas para entender estas problemáticas de manera integral, y generan evidencia que puede transformar la manera en que se diseñan y ejecutan las políticas públicas.

Sin embargo, durante el desarrollo de este estudio los investigadores se encontraron con una serie de retos significativos, que más allá de las limitaciones económicas y materiales, se refieren a obstáculos epistemológicos que interpelaron al equipo, relacionados con las formas en que se abstrae el conocimiento en las ciencias sociales, que en este caso en particular se dio debido a la diversidad de contextos, discapacidades y dinámicas socioculturales de las mujeres participantes. Desde una perspectiva crítica, la investigación reconoció la importancia de considerar las múltiples opresiones que atraviesan los cuerpos racializados y con discapacidad en el Pacífico colombiano, y es que las dificultades no solo radican en las limitaciones impuestas por los sistemas de salud y educación, también se deben considerar elementos como los imaginarios sociales que refuerzan la infantilización y la negación de la autonomía de estas mujeres. Estos factores influyeron directamente en la forma en que los instrumentos de investigación fueron diseñados, aplicados y adaptados.

El principal reto fue abordar las diferencias significativas entre los tipos de discapacidad de las participantes, que incluyen discapacidades físicas, sensoriales (auditivas y visuales), intelectuales y cognitivas\*. Esto obligó a adaptar las actividades y herramientas como las diapositivas, los cuestionarios o los ejercicios de corpografía\*\*, de acuerdo con las diversas formas de procesamiento de la información, comunicación

---

\* La discapacidad intelectual se define como una condición del neurodesarrollo caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual general (coeficiente intelectual inferior a la media) y en el comportamiento adaptativo, afectando habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Su aparición se da antes de los 18 años. En contraste, la discapacidad cognitiva hace referencia a alteraciones específicas en procesos mentales como la memoria, la atención, la percepción o el lenguaje, sin implicar necesariamente una disminución global del intelecto ni del funcionamiento adaptativo. La discapacidad cognitiva puede ser congénita o adquirida (por traumatismos, accidentes cerebrovasculares, demencias, entre otros) y su impacto es localizado en funciones neuropsicológicas determinadas.

\*\* Una corpografía es una práctica o enfoque que explora cómo los cuerpos, a través de sus movimientos, gestos, marcas y presencias, se inscriben y configuran los territorios que habitan. Implica reconocer que el cuerpo no es solo un receptor de experiencias, sino también un productor de significado territorial, afectivo y político. A través de la corpografía, se rastrean las memorias, resistencias, trayectorias y huellas que los cuerpos dejan en los espacios, revelando relaciones profundas entre identidad, territorio y experiencia corporal. Esta perspectiva es utilizada especialmente en procesos artísticos, pedagógicos y de investigación social que buscan hacer visibles formas de habitar y resistir que no siempre quedan registradas en narrativas oficiales.

y participación de cada grupo en función de su discapacidad. Por ejemplo, durante los ejercicios de corpografía se requirió, para las mujeres con discapacidad visual, un diálogo constante con ellas para que pudieran plasmar sus realidades; en el caso de las mujeres con discapacidad auditiva, se les brindó asistencia personalizada en escritura y graficación. Sin embargo, este ejercicio no se pudo aplicar uniformemente a todas las participantes, pues en el caso de las mujeres con discapacidad intelectual, ellas requirieron de mayor apoyo para la comprensión y su adecuada participación, y no se logró una completa integración. Por su parte, en la aplicación de los cuestionarios se presentaron diversos retos relacionados con la necesidad de adaptar los instrumentos a la posibilidad de las participantes para mantener la atención y concentración sin fatigarse. Esto hizo necesario ajustar su extensión con el fin de reducir el estrés, especialmente en el caso de mujeres con déficit de atención. Sin embargo, dichos ajustes, aunque indispensables, en algunos casos comprometieron la calidad de las respuestas y motivó al equipo de investigación a realizar adaptaciones constantes a los instrumentos.

A continuación, se relatan brevemente algunos aspectos claves que se identificaron como áreas de oportunidad en los espacios de encuentro con la población, según el tipo de discapacidad de las participantes.

### **Taller en el Banco de la República: mujeres con discapacidad visual y física**

En el desarrollo de este taller las mujeres mayores tuvieron una mayor disposición al diálogo, y compartieron abiertamente sus experiencias y conocimientos. En contraste, las mujeres más jóvenes expresaron incomodidad o rechazo frente a la temática de la IVE, lo que reveló la persistencia de tabúes intergeneracionales sobre los derechos sexuales y reproductivos. La limitación de tiempo para el encuentro, debido a los ajustados horarios de las participantes, afectó la aplicación de instrumentos como la corpografía y las entrevistas semiestructuradas.

En el caso del taller con mujeres sordas, la presencia de intérpretes facilitó la comunicación y evidenció que la participación efectiva requiere ajustes razonables que respondan a las distintas necesidades. Para mujeres con discapacidad intelectual o cognitiva, por ejemplo, es fundamental contar con apoyos para la toma de decisiones y la comunicación, los cuales no siempre estuvieron disponibles en los espacios investigativos. Esto resalta la necesidad de adaptar las metodologías de investigación para garantizar que todas las participantes puedan ejercer su autonomía y expresar su criterio en igualdad de condiciones.

### **Taller en el barrio Antonio Nariño: mujeres con discapacidades cognitivas, intelectuales y físicas**

En este espacio fue necesario adaptar los contenidos de los instrumentos de recolección de información y las formas de comunicación para que fueran accesibles y comprensibles para las mujeres con discapacidad intelectual. A pesar de estas adecuaciones metodológicas, se observaron resistencias en algunas participantes y en sus acompañantes —madres o cuidadoras— frente a los temas abordados, especialmente aquellos relacionados con la autonomía corporal y los derechos sexuales y reproductivos. Estas resistencias parecían estar influenciadas por creencias religiosas y familiares que tienden a asumir que otras personas deben tomar decisiones por las mujeres con discapacidad. Aunque al inicio hubo cierto rechazo, el ejercicio de corpografía resultó útil para fomentar la participación y facilitar la expresión, al ofrecer una vía alternativa de comunicación que no dependía exclusivamente del lenguaje verbal.

### **Casa a casa en el barrio La Inmaculada**

La estrategia de ir a cada casa fue implementada para llegar a mujeres que no podían asistir a los talleres y, aunque permitió un contacto más personalizado, también reveló barreras de acceso a la información y debilidades institucionales en la socialización de esta. Sobre el uso de métodos anticonceptivos, una participante expresó incomodidad y dolor en su brazo después de que en el centro de salud le pusieran el implante anticonceptivo. Según su relato, ella no fue informada adecuadamente sobre los cuidados necesarios, como evitar realizar esfuerzos físicos con el brazo donde se implantó el dispositivo. Esta información la descubrió más tarde, al compartir sus síntomas con otras personas, lo que deja en evidencia dos cosas: una orientación poco clara por parte del personal médico y la necesidad de incorporar enfoques diferenciales para las mujeres con discapacidad en los protocolos efectivos, con el fin de garantizar que esta población comprenda y participe plenamente en las decisiones relacionadas con su salud reproductiva y todos los cuidados que de allí deriven. Otra participante mostró gran interés en los derechos sexuales y reproductivos, pero carecía de conocimiento previo sobre el tema.

Poder acceder a espacios de interlocución con las mujeres que no podían asistir a los talleres representó una oportunidad invaluable para recoger experiencias desde sus propios contextos. Sin embargo, también puso de manifiesto las restricciones y tensiones asociadas al uso de espacios privados como lugares para el diálogo reflexivo. La presencia de familiares durante las entrevistas, en muchas ocasiones, comprometía la privacidad de las participantes y limitaba su posibilidad de responder con total libertad.

En contextos de empobrecimiento donde las mujeres no cuentan con espacios propios o habitaciones privadas, la falta de intimidad para tratar temas sensibles e individuales, como los derechos sexuales y reproductivos, se convierte en una barrera adicional

para garantizar su participación plena. Este hallazgo resalta la importancia de diseñar ajustes razonables que no solo aborden las necesidades de espacios para desarrollar las actividades, sino que también consideren las dinámicas familiares, económicas y sociales que configuran los entornos de estas mujeres.

### **Cisneros (zona rural): mujeres con síndrome de Down y discapacidades visuales y físicas**

En este taller, las dinámicas familiares influyeron de forma significativa en la participación de las mujeres. Las madres y hermanas que acompañaban a las participantes intervinieron activamente en las actividades, y en algunos casos tomaron la palabra por ellas o interpretaron sus respuestas, lo que en algunos casos redujo la oportunidad de que ellas se expresaran directamente y tomaran sus propias decisiones en las actividades. Así mismo, aunque las mujeres con síndrome de Down participaron con entusiasmo en el ejercicio de corpografía, sus acompañantes, desde una lógica de cuidado, sostuvieron representaciones que limitaron su autonomía al referirse a ellas como “niñas” o asumir que no estaban en condiciones de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida reproductiva.

### **Kilómetro 9: mujeres en zona rural con discapacidades visuales y físicas**

La ubicación rural profundizó los desafíos culturales y religiosos observados durante el trabajo de campo. En particular, la creencia de que los hijos son una bendición divina obstaculizó el diálogo sobre temas como la planificación familiar y la IVE. Este contexto también dificultó la implementación de herramientas participativas como la corpografía, pues las mujeres participantes se expresaron con reserva y mantuvieron una distancia emocional con el equipo investigador. Estas situaciones demuestran el peso que tienen la religión y la cultura en las decisiones reproductivas, así como la necesidad de crear espacios de confianza que respeten los tiempos y marcos simbólicos de las comunidades.

La logística fue otro factor determinante que afectó la participación de mujeres con discapacidad, especialmente en contextos como el del barrio Antonio Nariño. Las dificultades para desplazarse, la falta de transporte accesible y la persistente infantilización social de estas mujeres limitaron significativamente su asistencia a los talleres; a ello se sumó el acceso desigual a la educación formal, que incidió en la comprensión y apropiación de los contenidos trabajados. Algunas herramientas como las presentaciones teóricas o los cuestionarios extensos no lograron adaptarse adecuadamente a las necesidades de las participantes, lo que dejó clara la necesidad de emplear lenguajes más accesibles, recursos visuales y metodologías más prácticas y participativas.

Para evitar la carga emocional y el cansancio generados por los largos cuestionarios, se optó por la elaboración de instrumentos más breves, dinámicos y respetuosos de los tiempos y capacidades de cada grupo. La experiencia mostró que la adaptación metodológica no debe verse como una excepción, sino como una práctica constante que forma parte del rigor ético y científico de la investigación cualitativa.

El proceso de ajuste de los instrumentos evidenció las tensiones entre el diseño metodológico y su implementación en contextos reales. Más que una deficiencia, este desfase pone en cuestión la pertinencia de las herramientas clásicas de investigación frente a las múltiples realidades que configuran la vida de las participantes, en este caso, de las mujeres negras con discapacidad. Reconocer y abordar estos desafíos es indispensable para producir conocimiento situado que respete y potencie la dignidad, la autonomía y los saberes de las personas involucradas.

Por su parte, en la aplicación de los cuestionarios se presentaron diversos retos relacionados con la necesidad de adaptar los instrumentos a la capacidad de las participantes para mantener la atención y concentración sin fatigarse. Esto hizo necesario ajustar su extensión con el fin de reducir el estrés, especialmente en el caso de mujeres con déficit de atención. Sin embargo, dichos ajustes, aunque indispensables, en algunos casos comprometieron la calidad de las respuestas y obligaron al equipo de investigación a realizar adaptaciones constantes a los instrumentos.

De ahí la importancia de iterar, observar y hacer ajustes sobre la marcha, entendiendo que la discapacidad nunca debe concebirse como una barrera, sino como un llamado a identificar qué adaptaciones son necesarias para garantizar la participación plena. En este sentido, es fundamental que la academia y los activismos amplíen su mirada para incluir la realidad inmediata y los contextos específicos de las personas con discapacidad. Esto implica reconocer las barreras físicas y cognitivas que enfrentan, así como la manera en que influyen factores como el acceso desigual a la educación, la infantilización social y la carga emocional asociada a su participación en procesos investigativos.

Las metodologías deben ser cocreadas desde y con estas comunidades, priorizando herramientas visuales, participativas y dinámicas que reduzcan el estrés y aumenten la comprensión. De la misma manera, se requiere cuestionar los paradigmas academicistas que, desde sus escritorios, muchas veces obvian las complejidades de las vidas que pretenden analizar. Como muestran los talleres, el impacto positivo radica en ajustar constantemente los métodos sobre el terreno, para promover un diálogo horizontal que valore los saberes y vivencias de las mujeres con discapacidad.

Este ejercicio llama a repensar los enfoques metodológicos desde una praxis ética que fomente la transformación social y la defensa de los derechos. Es crucial considerar, para este tipo de investigaciones, las siguientes preguntas: ¿Cómo está preguntando la

academia o los activismos negros al momento de indagar sobre las realidades de las personas con discapacidad, especialmente de mujeres negras con discapacidad? ¿Desde qué lugar se plantean o formulan los métodos de análisis (como entrevistas y talleres) para conocer las realidades de estas personas? ¿Se tiene presente su realidad inmediata, así como el tipo de discapacidad? Estos interrogantes desafían la investigación tradicional y posibilitan otros caminos hacia una verdadera inclusión y justicia epistémica.

## Capítulo 4

# Sistemas de opresión e interseccionalidad: otras miradas para comprender las realidades de las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura

Los sistemas de opresión son estructuras sociales, políticas, económicas y culturales que configuran relaciones de poder desiguales entre individuos, pueblos y comunidades. Estos sistemas se materializan en las categorías de raza, sexualidad, género, clase, discapacidad, geografía/territorio, edad, entre otros, que están profundamente arraigados en jerarquías históricas y coloniales, y se perpetúan a través de prácticas discriminatorias e institucionales, exclusión, marginalización y violencia. Autores como Rita Segato, María Lugones, Aníbal Quijano y Michel Foucault han teorizado sobre cómo se han consolidado y constituido los sistemas de opresión para comprender la realidad de las poblaciones consideradas minorías.

Para Rita Segato (2003), por ejemplo, el patriarcado como herencia colonial ha instrumentalizado los cuerpos de las mujeres y los ha orillado a lugares de subordinación, y destaca cómo el género como construcción social es usado para ejercer control sobre los cuerpos femeninos y racializados. Para María Lugones (2014), el patriarcado no solo subordina a los cuerpos femeninos en el plano cultural, también lo hace a nivel institucional, por lo que ella introduce el concepto de *colonialidad del género*, argumentando que la modernidad/colonialidad reconfiguró las relaciones de género en función de la formación de los Estados-Nación. Por su parte, Aníbal Quijano (1992) define *la colonialidad del poder* como un sistema global que organiza las relaciones sociales en función de jerarquías raciales impuestas durante la colonización. Esta colonialidad subordina a las comunidades racializadas y marginadas, perpetuando su explotación y exclusión en diferentes esferas sociales.

Por otro lado, la categoría de sexualidad, que al igual que las anteriores es medular en este informe, es entendida desde la mirada de Michel Foucault (1998) como una construcción histórica y social que está profundamente vinculada al poder. En su obra *Historia de la sexualidad*, Foucault argumenta que la sexualidad no es un hecho natural o biológico aislado, sino un dispositivo de control y regulación de los cuerpos y las conductas. A través de discursos médicos, religiosos, legales y educativos, las sociedades modernas han configurado lo que es aceptable o inaceptable en torno al deseo, el placer y las prácticas sexuales.

Los aportes de Foucault en relación con la sexualidad son esenciales para comprender el tema central de esta investigación sobre los derechos sexuales y reproductivos, particularmente en el contexto del acceso a la IVE para mujeres negras con discapacidad en Buenaventura. El autor permite analizar cómo los discursos de poder, los saberes médicos y las normatividades sociales han moldeado las percepciones, restricciones y accesos a estos derechos. Foucault (1977) introduce también el concepto de biopoder, que describe cómo las instituciones ejercen poder sobre la vida misma y gestionan la reproducción, la salud y la sexualidad de las poblaciones. Siguiendo la noción de biopoder de Foucault (1998), los derechos sexuales y reproductivos, incluido el aborto, se sitúan en un campo donde el Estado, las instituciones médicas y las doctrinas religiosas regulan los cuerpos y las decisiones de las mujeres. En este contexto, las mujeres negras con discapacidad enfrentan una doble regulación: por un lado, la racialización y la discapacidad son marcadores de exclusión que las posicionan como sujetos con menor autonomía; por otro lado, las normativas patriarcales y coloniales sobre la sexualidad refuerzan su control al infantilizarlas o al deslegitimar su capacidad para decidir sobre sus propios cuerpos.

El aborto, como derecho, está cargado de discursos que lo medicalizan, criminalizan o moralizan. Desde una perspectiva foucaultiana, estos discursos no solo controlan las prácticas, también definen quién tiene derecho a ser sujeto pleno de decisión. En el caso de las mujeres negras con discapacidad, sus realidades son frecuentemente invisibilizadas y los discursos dominantes no consideran sus necesidades específicas, lo que extiende y profundiza su exclusión y vulnerabilidad.

Foucault señala que la sexualidad no es solo un aspecto íntimo, sino un campo político donde se negocian las relaciones de poder. En el caso del aborto, esto se traduce en las luchas por el reconocimiento de los derechos reproductivos como una cuestión de justicia social. Para las mujeres negras con discapacidad, por ejemplo, estas luchas deben incluir un enfoque interseccional que considere cómo los sistemas de opresión —raza, género, clase, discapacidad y territorio— se encuentran e interactúan para limitar su acceso a servicios esenciales y a la autonomía sobre sus cuerpos.

Los sistemas de opresión no operan de manera aislada, sino que se entrecruzan para moldear las realidades de las personas de manera diferenciada. La intersección de dos o más sistemas de opresión produce lo que Kimberlé Crenshaw (1989) denominó *interseccionalidad*. Este concepto se refiere a cómo la interacción de múltiples sistemas de dominación intensifica y complejiza las experiencias de exclusión y violencia. Mara Viveros (2016), teórica de la interseccionalidad, argumenta que las identidades sociales no pueden entenderse de manera aislada, sino que deben entenderse como el resultado de estas intersecciones que configuran las vivencias específicas de los sujetos en sus contextos sociales e históricos.

En el caso objeto de estudio, para las mujeres negras con discapacidad, su experiencia no puede ser analizada únicamente desde el prisma de la discapacidad o la raza. La interseccionalidad permite visibilizar cómo su realidad está condicionada simultáneamente por las desigualdades de género, las barreras impuestas por la discapacidad, la exclusión racial y el abandono estatal en territorios como Buenaventura. Esta perspectiva pone el énfasis en la necesidad de atender las múltiples capas de opresión que afectan a estas mujeres, sin priorizar unas realidades sobre otras.

Por esta razón, la presente investigación adopta un enfoque interseccional que permite evidenciar cómo estos ejes de opresión interactúan para crear formas únicas de exclusión y resistencia, y cómo los discursos y regulaciones que operan sobre la sexualidad afectan de manera específica a las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura, para quienes los sistemas de opresión se expresan en múltiples formas de discriminación basadas en su raza, género, discapacidad, ubicación geográfica y su posición socioeconómica. Es fundamental analizar cómo estas mujeres, además de ser objeto de control, también son agentes que resisten, cuestionan y demandan el reconocimiento pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, incluido el acceso seguro y digno a la salud sexual y reproductiva. Así mismo, al adoptar este enfoque se busca desarrollar herramientas de investigación que sean inclusivas y que respondan a las necesidades específicas de las participantes, además de contribuir a la construcción de estrategias que reconozcan y enfrenten las múltiples capas de desigualdad que configuran sus vidas.



# Capítulo 5

## Una aproximación al marco normativo de la IVE en Colombia

En Colombia, las tradiciones culturales y las religiones centradas en la familia generaron, durante mucho tiempo, un rechazo social y bloqueo normativo hacia el aborto. Este rechazo, sostenido en valores religiosos y morales, invisibilizaba la realidad de los embarazos no deseados, muchos de ellos derivados de violencia sexual, desigualdad socioeconómica y falta de autonomía sexual. Durante gran parte del siglo XX, mientras países como Rusia (1920), Inglaterra (1968) y Alemania (1995) avanzaban hacia la despenalización del aborto (García Villegas, 2005), Colombia mantenía estrictas prohibiciones, como las contempladas en el Código Penal de 1936, que sancionaba con prisión a quienes participaran en la práctica del aborto, sin importar las circunstancias (Soto, 2015).

Con la Constitución de 1991, el aborto entró en el debate jurídico nacional, pero valores conservadores y la influencia de la Iglesia católica llevaron a decisiones como la sentencia C-133 de 1994, que priorizó la vida desde el momento de la concepción. Más adelante, la ley 599 del 2000 mantuvo la criminalización estricta del aborto, estipulando penas de prisión tanto para las mujeres que se sometieran a esta práctica como para quienes las asistieran (artículo 122). A pesar de que esta norma también sancionaba la violencia sexual y el acceso carnal violento, las iniciativas legislativas que buscaban flexibilizar las restricciones sobre el aborto enfrentaron constantes obstáculos.

El panorama comenzó a cambiar con la acción de movimientos feministas como Católicas por el Derecho a Decidir y la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Estos grupos, junto con el apoyo del proyecto internacional LAICIA, impulsaron la histórica sentencia C-355 de 2006, en la que la Corte Constitucional despenalizó el aborto bajo tres causales: riesgo para la vida o salud de la mujer, malformaciones graves del feto y embarazo producto de violencia sexual. Esta sentencia marcó un cambio significativo en la valoración ética, moral y legal del aborto, pasando de una postura absolutista a una basada en derechos humanos y en la autonomía reproductiva de las mujeres (Soto, 2015).

La Corte Constitucional, posterior a la sentencia C-355 de 2006, ha desarrollado una rigurosa línea jurisprudencial que reconoce estándares especiales de protección para el acceso a la IVE y en ese marco ha establecido directrices para el acceso de mujeres con discapacidad.

Por un lado, la sentencia T-988 de 2007 abordó el caso de una mujer con discapacidad embarazada producto de una agresión sexual. La Corte enfatizó que las personas con discapacidad deben recibir una protección reforzada, y que imponerles cargas burocráticas desproporcionadas vulnera gravemente sus derechos, en especial cuando se encuentran en situación de indefensión.

La Corte consideró que la Empresa Promotora de Salud (EPS) sometió a la mujer con discapacidad a una serie de requisitos imposibles de cumplir, tales como la sentencia de interdicción judicial y el examen psicológico para corroborar que el acceso carnal no fue consentido. Dichas exigencias fueron evaluadas por la Corte como arbitrarias y desproporcionadas. La EPS, al dilatar la práctica del aborto, desconoció el precedente fijado en la sentencia C-355 de 2006 y sometió a la joven a sufrimientos físicos y emocionales adicionales.

Por su parte, la sentencia T-209 de 2008 (citada en la sentencia T-946 de 2008) es importante en el precedente constitucional sobre el derecho al aborto porque fija estándares que luego la Corte Constitucional reitera en su jurisprudencia sobre IVE y define con precisión el alcance del derecho frente a la objeción de conciencia. La Corte establece que en los casos de niñas menores de 14 años, la ausencia de denuncia no puede convertirse en pretexto para negar la interrupción del embarazo. Impedir que una menor exprese libremente su consentimiento, incluso si sus padres o representantes no están de acuerdo, constituye una barrera inadmisibles.

En cuanto a los deberes del personal de salud, la decisión exige que el procedimiento se realice de manera oportuna, dentro de los cinco días siguientes a la solicitud, según la Resolución 4905 de 2006, con atención integral y de calidad, y conforme a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y a las guías pertinentes (incluida la OMS). La sentencia, además, delimita la objeción de conciencia al establecer que no es un derecho de las personas jurídicas ni puede invocarse institucional o colectivamente. En ese orden, la objeción de conciencia debe presentarse individualmente, por escrito y con fundamentos genuinamente religiosos, y jamás erigirse en barrera que vulnere derechos fundamentales de las mujeres. A su vez, la Corte determina que un médico que objete debe remitir de inmediato a otra persona profesional dispuesta a practicar la IVE y las IPS deben tener previamente definido quién está habilitado para hacerlo. El Sistema de Seguridad Social en Salud, por su parte, está obligado a garantizar un número suficiente de proveedores y a evitar trámites administrativos que dilaten injustificadamente el acceso.

El incumplimiento de estas reglas acarrea consecuencias jurídicas concretas, como la revisión de las objeciones por parte de los tribunales de ética médica; la potestad investigativa y sancionatoria de la Superintendencia de Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social; posibles responsabilidades disciplinarias o penales de funcionarios judiciales; e incluso indemnización de perjuicios. En ese sentido, los departamentos,

distritos y municipios deben asegurar que la red cuente con disponibilidad real y atención oportuna en todos los niveles de complejidad, y las EPS e IPS garantizar oferta habilitada suficiente.

Aunque en esta sentencia la Corte no distingue reglas por grupos específicos, advierte que las barreras impactan con mayor fuerza a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad como las menores de edad.

Es importante resaltar que la sentencia T-988 del 2007 está muy relacionada con sentencias como la T-209 de 2008, la cual expone el uso de la objeción de conciencia en muchos casos como una forma de evitar o negar el procedimiento de aborto por parte del personal de salud. Esto también es una consecuencia del desconocimiento de la normativa vigente sobre el tema, por lo que en diversas ocasiones los hospitales no tienen conocimiento de cómo se debe aplicar la objeción de conciencia, cómo se debe solicitar a los profesionales, frente a qué procesos aplica y a cuáles no, entre otras cosas.

En la Sentencia T-988 de 2007, la Corte recapituló los principales argumentos que llevaron a la despenalización del aborto por causales en la Sentencia C-355 de 2006 y reiteró su obligatorio cumplimiento. Esta decisión es especialmente relevante porque es la primera que aborda la vulneración de derechos por la exigencia de requisitos adicionales a los fijados en la C-355 para la procedencia de la IVE. Además, traza las reglas específicas para mujeres con mayores barreras de acceso, pues sienta la primera regla para casos de IVE en mujeres en situación de discapacidad.

Estos son algunos de los estándares jurídicos fijados por la Corte Constitucional en esa sentencia:

- (i) No existen valores, principios ni derechos absolutos. Todos deben ponderarse frente a otros bienes constitucionales.
- (ii) Distinción entre la vida como valor y la vida como derecho. La protección general de la vida abarca la del nasciturus como valor, pero no equivale a la protección del derecho a la vida del ser humano ya nacido.
- (iii) Límites constitucionales a la protección del nasciturus. Los tratados de derechos humanos (art. 93 CP) reconocen los derechos de la mujer gestante.
- (iv) Otros límites al legislador: dignidad, libertad, libre desarrollo de la personalidad, salud integral (física y mental) y vida de la mujer gestante, entre otros derechos fundamentales.

Cargas desproporcionadas que no pueden exigirse:

- (i) Exigir evidencia forense de violencia sexual.
- (ii) Exigir pruebas de que la relación sexual fue involuntaria o abusiva.

- (iii) Exigir confirmación judicial previa de la violación.
- (iv) Exigir que quien recibe la denuncia “se convenza” de la violación.
- (v) Exigir permiso o autorización de pareja o padres.

Estos son ejemplos ilustrativos: pueden existir otras exigencias igualmente desproporcionadas que constituyen barreras de acceso.

A su vez, la Corte Constitucional definió reglas específicas para mujeres con discapacidad:

- (I) La solicitud de IVE debe analizarse atendiendo la peculiaridad del caso y distinguiendo el tipo de discapacidad.
- (II) Cuando la discapacidad impide notoriamente expresar consentimiento, la solicitud puede formularla padres o representante sin requisitos formales adicionales al denuncia. No es admisible exigir interdicción como requisito para realizar el procedimiento a una niña o mujer con discapacidad grave.
- (III) Las EPS que impongan requisitos adicionales al denuncia para practicar la IVE a una mujer con discapacidad notoria víctima de abuso sexual incurrir en un grave desconocimiento de la protección constitucional de las personas con discapacidad.

Esta sentencia es importante porque muestra cómo la Corte empieza a diferenciar según vulnerabilidades que enfrentan las mujeres y a trazar estándares sobre cómo el Estado debe garantizar el derecho al aborto teniendo en cuenta esas especificidades.

Estas obligaciones son particularmente relevantes en el caso de personas con discapacidad, para quienes las barreras de acceso no son solo físicas o administrativas, sino también simbólicas y sociales, como el desconocimiento de su capacidad de decisión o la infantilización de sus cuerpos.

Ambas sentencias, en conjunto, sostienen que el Estado colombiano tiene una obligación reforzada de eliminar los obstáculos y barreras que impiden a las mujeres con discapacidad ejercer su derecho a decidir sobre sus cuerpos, en condiciones de dignidad, autonomía y respeto a sus derechos humanos. La sentencia T-209 de 2008 desempeña un papel importante en la materialización del acceso al aborto en mujeres con discapacidad al establecer una serie de estándares que posteriormente son reafirmados en la jurisprudencia sobre la IVE por parte de la Corte Constitucional.

Posteriormente, el Gobierno nacional emitió normativas como el Decreto 4444 de 2006 y guías ministeriales que garantizaron la prestación de servicios de salud relacionados con la salud sexual y reproductiva. En este sentido, se puede identificar

el documento “Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud” (2014), cuyo propósito fue el avance de las disposiciones constitucionales y la eliminación de las inequidades de género en relación con el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto se complementa con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que en la promoción de políticas de salud equitativas se propuso:

[...] disminuir la tasa de embarazos no deseados, fortalecer el acceso a la atención integral de la salud reproductiva, incrementar la provisión efectiva de métodos modernos de anticoncepción, garantizar el acceso a servicios seguros para la interrupción del embarazo en el marco de la Sentencia C-355 de 2006 y tratar con eficacia las complicaciones del aborto. (Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2014a, p. 20)

Sin embargo, las transformaciones legales enfrentaron barreras significativas entre las que se destacan: objeción de conciencia, falta de capacitación del personal médico y resistencia institucional, agravadas por la estigmatización social promovida por sectores conservadores y medios de comunicación. Esto queda demostrado en el informe “Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud”, en donde se registra que en un periodo de cinco años (hasta el 2014) las cifras de aborto seguro no superaban los 1000 casos, mientras que se tenía un aproximado de más de 400 000 casos clandestinos de aborto que ponían en riesgo la salud y vida de las mujeres en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA, 2014a).

Las limitaciones en el acceso a la IVE intentaron combatirse mediante la sentencia SU-096 de 2018\*, en donde la Corte Constitucional de Colombia exhortaba al Congreso de la República a regular el derecho fundamental a la IVE, con el fin de garantizar los derechos fundamentales, así como la eliminación de las barreras en el goce de los derechos sexuales y reproductivos. A pesar de ello, es necesario mencionar que, en contextos racializados como los de Buenaventura y Tumaco, la precariedad del sistema de salud, los estigmas culturales y la violencia estructural acrecientan las dificultades para acceder al aborto seguro. Un estudio de Médicos Sin Fronteras (2017-2018) reveló que el 88 % de las mujeres enfrentaron barreras para acceder a una IVE, y el 27 % de ellas sufrió negaciones injustificadas que las llevaron a recurrir a prácticas inseguras (ILEX Acción Jurídica, 2023).

\* Adicionalmente, en esta sentencia se aclara la estructura de las garantías de los derechos sexuales y reproductivos en dos dimensiones: “La primera, relacionada con la libertad, que supone la imposibilidad del Estado y la sociedad de implantar restricciones injustificadas en contra de las determinaciones adoptadas por cada persona; y la segunda, prestacional, que implica la responsabilidad de adoptar medidas positivas para garantizar el goce efectivo de estos derechos”. Además, reconoce que: “El derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo protege la autonomía y la libertad de decisión de la mujer que, encontrándose en alguna de las tres causales de despenalización previstas en la sentencia C-355 de 2006, resuelve poner fin al proceso de gestación humana. El derecho a la IVE pertenece a la categoría de derechos reproductivos y, por tanto, comparte su orientación, fundamento y contenido obligacional. Al mismo tiempo, al tratarse de una garantía fundamental, compromete en su respeto y realización a todos los servidores y órganos del Estado, a los prestadores públicos y privados de seguridad social y a los particulares” (Sentencia SU-096 de 2018).

Luego, con la Sentencia C-055 de 2022 la Corte Constitucional adoptó una decisión histórica que amplió el derecho al aborto, permitiendo que mujeres, niñas, personas no binarias y hombres trans puedan interrumpir su embarazo según sus propias razones y sin la amenaza de cárcel durante las primeras 24 semanas de gestación; y, después de este plazo, bajo las causales establecidas desde 2006 en la Sentencia C-355, sin incluir un límite de edad gestacional.

En esta sentencia, la Corte Constitucional reconoció que el delito de aborto es ineficaz, injusto y discriminatorio, porque constituye una barrera para acceder a la IVE de forma segura. En esa línea señaló que el delito de aborto afecta de manera desproporcionada a quienes se encuentran en mayores contextos de vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres víctimas de desplazamiento forzado, refugiadas, migrantes irregulares, aquellas que viven con una discapacidad; aquellas recluidas en instituciones o detenidas; indígenas, afrodescendientes o miembros de la población Rom; y quienes ya han tenido un embarazo y son cabeza de familia. Además, señaló que la penalización no hace que las mujeres desistan de practicarse un aborto.

Con este fallo, Colombia quedó a la vanguardia latinoamericana y como uno de los países más avanzados del mundo en el reconocimiento de la autonomía, la libertad y la autodeterminación de las mujeres, al eliminar parcialmente el delito de aborto del Código Penal y evidenciar la poca utilidad del derecho penal para proteger el bien jurídico del nasciturus.

La Corte fijó estándares centrales, pues sostuvo que la vida es un bien jurídico que debe protegerse en todas sus etapas, pero no necesariamente con la misma intensidad, es decir, que la protección es gradual e incremental y cobra especial relevancia en fases avanzadas del embarazo. Indicó, a su vez, que el delito de aborto vulnera el derecho a la salud y los derechos reproductivos porque incrementa la práctica de abortos inseguros, con riesgo para la salud, la integridad y la vida. También señaló que la ausencia de medidas alternativas a la penalización se convierte en una barrera y en una injerencia indebida del Estado en la salud reproductiva. Asimismo, consideró que usar la penalización como única política pública vulnera la igualdad y la dignidad de mujeres discriminadas o marginadas; y que esa penalización profundiza la vulnerabilidad de quienes ya ven afectada su dignidad.

Asimismo, la Corte reiteró que el Estado debe priorizar políticas con enfoque de género e interseccional, que beneficien especialmente a quienes están expuestas a múltiples factores de vulnerabilidad. Enfatizó que la libertad de conciencia, en lo relativo a la decisión de procrear o no, es un asunto personalísimo, individual e intransferible, vinculado a la autonomía reproductiva, y que el Estado no puede intervenir mediante coacción o violencia.

Finalmente, recordó que la penalización del aborto no ha disminuido la práctica de abortos consentidos ni protege efectivamente la vida en gestación; en cambio, restringe derechos fundamentales y empuja la práctica hacia la clandestinidad y la inseguridad.

Este fallo consolidó la autonomía reproductiva como un derecho fundamental y el aborto como un derecho autónomo, reconociendo la necesidad de ajustar el marco jurídico a la realidad social y cultural del país. Sin embargo, las disparidades persisten: un informe de ILEX Acción Jurídica (2023) evidenció que el 40 % de las mujeres negras desconocían el estatus legal del aborto, mientras que el 73 % de las mujeres afrodescendientes del Chocó ignoraban la existencia de las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022. Esto demuestra que las barreras de acceso a la información, económicas y sociales siguen limitando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en comunidades históricamente marginadas.

Ahora bien, si se contemplan las disparidades respecto al acceso a los derechos sexuales y reproductivos en mujeres negras con discapacidad, es posible encontrarse con inequidades más profundas. La creencia de que las personas con discapacidad son infantes, incapaces de tomar decisiones sobre su sexualidad, ha llevado a una larga historia de discriminación y aislamiento que les ha provocado todo tipo de desventajas y vulneraciones sociales. Estas barreras en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos provienen de una falta de sensibilización en los contextos familiares y sociales, pero también es el resultado de una ausencia educacional, así como la transgresión de las reformas constitucionales que garantizan el acceso a los derechos sexuales en igualdad de condiciones (Díaz *et al.*, 2023). Aunque las leyes deberían garantizar la autonomía de las personas más allá de su condición física o cognitiva, lo cierto es que se ha presentado una actitud paternalista y capacitista hacia las personas con discapacidad, que restringe el goce de su sexualidad (Díaz *et al.*, 2023).

Con el objetivo de garantizar los derechos fundamentales y establecer políticas públicas en discapacidad se creó, mediante la ley 1145 de 2007, el Sistema Nacional de Discapacidad. A esto se suma la ley estatutaria 1618 de 2013, que en su artículo 2 incluyó el término *barreras*, como una forma de describir aquellas acciones actitudinales, comunicativas y físicas que obstaculizan o impiden el derecho de las personas con discapacidad; el artículo 10 reitera el derecho a la salud en personas con discapacidad, y enfatiza en que el Ministerio de Salud y Protección Social debe garantizar que los programas de salud sexual y reproductiva sean accesibles para esta población. Este mandato establece la necesidad de crear e implementar programas específicos en salud sexual y reproductiva dirigidos a las personas con discapacidad, como una dimensión esencial del derecho a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

En el 2006 se adoptó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas, cuyo objetivo es promover, proteger y

asegurar los derechos fundamentales de esta población. En sus principios generales (art. 3), la Convención reconoce la autonomía y la igualdad de oportunidades y accesibilidad para las personas con discapacidad, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. El artículo 23, numeral 1, literal b, establece que:

Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos. (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo, ONU, 2006)

Así mismo, el artículo 25 subraya el derecho a la salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y exige a los profesionales de la salud ofrecer atención sobre la base del consentimiento libre e informado (CDPD, art. 25). Es posible afirmar que artículos como estos buscaban ser blindados con otros, como es el caso del artículo 25 en el que, por un lado, el *literal a* señala la necesidad de proporcionar una salud integral y gratuita, incluso en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, y por otro, el *literal d* exige a los profesionales de la salud un trato integral a las personas con discapacidad y sobre la base del consentimiento libre e informado. De acuerdo con esto, se podría interpretar que la posibilidad del “*literal a*” está determinada por la ejecución de literales como el “*literal d*”.

Posteriormente, en Colombia se expidió la ley 1346 de 2009, que aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la cual planteó la promoción y protección del goce absoluto de los derechos humanos, así como “el respeto de su dignidad inherente” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Todo este marco legal se inscribe dentro del avance internacional en derechos humanos, y estrategias similares se promovieron en América Latina y el Caribe a través de la Agenda Regional de Género, que entre el 2000 y 2020 estableció mecanismos para asegurar derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género que incluyera a las personas con discapacidad. El repositorio de leyes de salud sexual y reproductiva del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal):

[...] contiene 110 normas, entre las que se incluyen artículos constitucionales, leyes generales de salud que hacen referencia a la salud sexual y reproductiva, leyes específicas de salud sexual y reproductiva y leyes referidas a temas concretos vinculados a la salud sexual y reproductiva. [Por poner un ejemplo] Siete países hacen referencia explícita al deber del Estado de garantizar la salud

sexual y reproductiva de la población o aspectos de ella a nivel constitucional: México (desde la reforma constitucional de 1974 y en sucesivas reformas), Colombia (1991), Paraguay (1992), República Bolivariana de Venezuela (1999), Ecuador (2008), Estado Plurinacional de Bolivia (2009) y Cuba (2019). (Cepal, 2021)

Aunque la discusión en términos de discapacidad no era el tema central en la Agenda Regional de Género de América Latina, dicho tema se articuló con cada una de las propuestas de ley presentadas allí. De esta manera, mientras que en el Consenso de Quito (2007) se procuró asegurar los derechos en salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, (CEPAL, 2007); el compromiso en Santiago de Chile se discutió la creación de políticas, planes y leyes para erradicar las diferentes formas de violencia con razón de género, y el compromiso número 10 de ese encuentro buscó promover información y educación en salud sexual, abortos seguros y de calidad, así como servicios de anticoncepción, incluyendo en estos servicios a la población con discapacidad (Cepal, 2023).

Tanto la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como la Agenda Regional de Género de América Latina, fueron claves para la producción de políticas y leyes internacionales que garantizaran, a nivel de cada nación, el derecho de las personas con discapacidad a tomar decisiones sobre su corporalidad. Aunque este panorama resulta satisfactorio, hay que destacar que la expedición de políticas o leyes sobre la discapacidad se enfrentan a contextos de profunda desigualdad social, geografías y escenarios que, en la práctica, menguan el impacto de estas normativas.

Al retomar el contexto colombiano, si bien la aparición de estándares de protección en salud sexual y reproductiva posibilitó el surgimiento de casos en que la Corte Constitucional falló a favor de las personas con discapacidad por algún tipo de violación en el acceso de sus derechos sexuales y de la salud\*, la realidad de las personas con discapacidad es mucho más compleja. Esto es resultado de contextos sociogeográficos en donde las reformas legales en clave sexual y reproductiva no son suficientes para cerrar las brechas de desigualdad social y de exclusión que limitan la eficacia misma de tales directrices. En este sentido, se puede tomar el ejemplo de sociedades como Buenaventura, en donde la ausencia estatal, reflejada en vulnerabilidad socioeconómica y una limitada asistencia pública, ha contribuido a la transgresión del marco legal que protege a las personas con discapacidad. Como se podrá ver en estudios de caso que se presentarán más adelante, este panorama evidencia que las experiencias negativas en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que, de acuerdo con las leyes, deberían estar garantizados, están atravesadas por cuestiones raciales, revelando así

\* Se registra un caso en 2016 en donde la Corte Constitucional colombiana falló en favor de una mujer con síndrome de Down, la cual fue esterilizada forzosamente y sin su consentimiento por el personal de la salud, violando su autonomía e igualdad. También, en el año 2019, se dio un fallo en favor de una mujer con síndrome de Down que presentó una acción contra la EPS Coomeva por haberle negado una ligadura de trompas, con el objetivo de prevenir embarazo, y con esto, riesgos de parto (Díaz *et al.*, 2023).

una situación interseccional entre las directrices legales, la pertenencia étnico-racial y la condición de discapacidad en mujeres negras.

Lo anterior queda de manifiesto en la información cualitativa recogida en este estudio. A partir del testimonio de Octavio Rosero, intérprete de lengua de señas y quien por más de 21 años ha trabajado con mujeres sordas, es posible situar algunas coyunturas sociales que atraviesan las mujeres sordas en relación con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos en Buenaventura. Con base en lo expuesto por Rosero, O. (2024, 24 de octubre), el sistema de salud en Buenaventura ha buscado adaptarse a las necesidades de las personas con discapacidad. En términos de accesibilidad se han instalado rampas y ascensores, y en relación con los estándares constitucionales que establecen la necesidad de promover intérpretes, se ha buscado la difusión de la lengua de señas a través de cursos para clínicas como Santa Sofía y Ferrocarriles. Es importante mencionar que la ley 1381 de 2010 demandó el uso de intérpretes de lengua o idiomas para garantizar la comunicación efectiva de la persona gestante. En el caso de la población con discapacidad, la información se debe hacer en formatos claros y accesibles, utilizando ajustes razonables (Resolución 051 de 2023).

Ahora bien, aunque las clínicas buscan ajustarse a los Diseños Universales de Apoyo, estas se desenvuelven en una limitada ruta de atención para personas con discapacidad; por su parte, los profesionales de la salud adquieren cierta experiencia en lengua de señas, pero las clínicas no profundizan en este tipo de servicio. En Buenaventura se han reportado casos de mujeres sordas que han sido víctimas de violencia, incluidos abusos sexuales que han desencadenado en embarazos, en los que la ausencia de profesionales en lengua de señas en los centros de salud ha conducido a que no haya un proceso efectivo, por lo que ocasionalmente han llamado a un profesional en la materia (Entrevista a Rosero, 2024).

La falta de ajustes razonables y adaptaciones para garantizar la atención de personas con discapacidad configura una barrera importante. La posibilidad de acceder a información relacionada con la salud sexual está determinada por el entendimiento o no del español, lo que ha dificultado la comprensión sobre los métodos de planificación o interrupción del embarazo. Octavio Rosero nos recuerda que las mujeres sordas no se ajustan al español, por el contrario, sus ideas o visiones son pensadas desde el lenguaje de señas. Esta clarificación va acompañada de unas recomendaciones al sistema de salud, que ha excluido a las mujeres sordas del acceso a la información:

El lenguaje de señas es propio de las personas sordas. Ellas piensan, realizan, proyectan, argumentan, se defienden, todo desde el lenguaje de señas (...) hay una exclusión a todo lo que es métodos anticonceptivos, estrategias en función del embarazo o los mecanismos de anticoncepción, sería bueno o muy bueno que estas clínicas lo tengan en lenguaje de señas para que las personas sordas

puedan saber de la interrupción voluntaria del embarazo. Contratar un intérprete de lengua de señas, que tenga ética y ofrecer si quieren o no el servicio, contratar un intérprete que haga un video en lengua de señas de forma clara sobre todos estos conceptos, qué significa la interrupción voluntaria del embarazo, qué es el aborto y los temas que se manejan. (Rosero, 2024)

En conclusión, aunque Colombia ha avanzado significativamente en la despenalización del aborto, el acceso real a este derecho continúa condicionado por barreras de comunicación y accesibilidad, la denegación de ajustes razonables o adaptaciones en los servicios de salud disponibles, entre otros factores. La experiencia de las mujeres negras afrodescendientes con discapacidad evidencia que la implementación efectiva de estos derechos requiere una atención integral que aborde las desigualdades sistémicas y garantice servicios de salud dignos, accesibles y libres de estigma.



## Capítulo 6

# Corpografías para mapear las resistencias en los cuerpos de las mujeres negras con discapacidad

Las experiencias en derechos sexuales y reproductivos de mujeres con discapacidad de Buenaventura no se reducen al alcance de los servicios de salud, y aunque esto es una pieza clave, es necesario reconocer que en esta región del país el déficit económico, consecuencia del abandono estatal durante décadas, ha contribuido a la aparición de múltiples barreras que hacen del acceso a la IVE una situación de complejidad transversal. En el desarrollo del taller de corpografía en el barrio Antonio Nariño y en el Banco de la República, las respuestas dadas por las mujeres evidenciaron que la inseguridad, el limitado acceso educacional, las barreras geoespaciales y las situaciones de violencia, son factores que se presentan como condicionantes al momento de intentar acceder plenamente a sus derechos sexuales y reproductivos.

El análisis de los ejercicios de corpografía en estos dos espacios deben partir de la siguiente pregunta: ¿Cuál fue la respuesta gráfica o artística de las mujeres en la materialización de sus experiencias de vida en relación con los derechos sexuales y reproductivos?

Por un lado, aunque la corpografía busca mostrar las vivencias en el territorio a través de la graficación del cuerpo humano, no todas las mujeres que participaron en el taller realizado en el Banco de la República limitaron sus experiencias al cuerpo, por el contrario, se dibujaron a sí mismas y a sus familiares rodeadas por la cotidianidad de su entorno. Por otro lado, en la caseta comunal del barrio Antonio Nariño, el cuerpo se presentó como el eje central de las significaciones vividas por las mujeres en esta comunidad. No obstante, es necesario señalar que se generó una alternativa metodológica de la corpografía, esto porque el dibujo del cuerpo no fue un ejercicio completamente autónomo, sino que requirió de la asistencia constante de los coordinadores del taller.

Lo anterior, lejos de mostrarse como un problema, produce aportes en clave al tratamiento social de las personas con discapacidad. En primer lugar, se presenta como una forma de cuestionar las metodologías, esto porque a menudo se realizan entrevistas, cuestionarios y talleres para personas que no viven con alguna discapacidad que, al desarrollarse con personas con discapacidad, pasan por múltiples modificaciones para ajustarse a las necesidades de dicha población. En segundo lugar, contribuye a pensar

que la discapacidad humana no es homogénea. Mientras que en el Banco de la República asistieron mujeres en su mayoría sordas, en el barrio Antonio Nariño se contó con la participación de mujeres con discapacidad física y cognitiva; esto nos insta a reflexionar acerca de la diversidad de respuestas por parte de esta población hacia la sociedad y, al mismo tiempo, a reconocer que la atención hacia las personas con discapacidad (por parte de entes gubernamentales, sector de la salud e investigadores) debe presentarse de forma inclusiva y que atienda a la singularidad de cada caso.

Ahora bien, la corpografía se presenta como un campo de la investigación que produce respuestas más allá de lo escrito, pues el dibujo y los simbolismos también hacen parte de esta metodología. Para el desarrollo de este ejercicio, en el Banco de la República se organizaron cuatro grupos (en adelante estarán enumerados del grupo 1 al grupo 4), que reflejaron sus experiencias a través del dibujo. Tres de los cuatro grupos coincidieron en la complejidad que viven a diario en el sistema de salud y los límites del lenguaje para personas sordas. En el grupo 1, uno de los elementos clave en el dibujo fue la representación de los centros de salud, asociado a las dificultades que como mujeres sordas encuentran con relación a la anticoncepción. En el conversatorio sobre derechos sexuales y reproductivos, algunas mujeres sordas dieron a conocer algunas dificultades específicas, entre estas, la falta de acceso a información sobre métodos de planificación, específicamente manifestaron que el personal de la salud no suele comentarles sobre todos los efectos secundarios y la variedad de opciones que hay, por lo que muchas terminan eligiendo sin tener toda la información y usan métodos que generan cambios profundos a nivel hormonal, como el excesivo sangrado y afectaciones en la matriz; y cambios físicos asociados a la pérdida excesiva de peso.

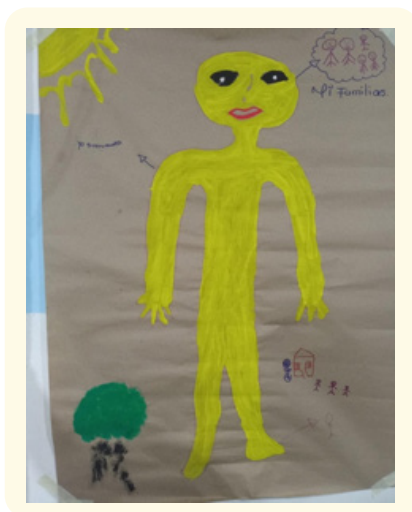
**Figura 1.** Taller de corpografía con mujeres sordas, grupo 1.



Las barreras en la comunicación están íntimamente ligadas con lo anterior, la falta de información en lengua de señas y la escasez o ausencia de intérpretes hacen sus vivencias reproductivas más complejas. En la representación del sol como medio natural capaz de iluminar la situación que atraviesa la mujer en situación de embarazo (figura 1), las mujeres sordas reconocen la importancia que tiene el intérprete en lengua de señas, y cómo su ausencia en centros hospitalarios marca los límites en la comunicación de sus situaciones: obligadas a tener sus hijos en casa, a menudo bajo condiciones precarias, sin servicios de salud ni servicios públicos en general; las mujeres sordas están atravesadas por el sufrimiento y se preguntan constantemente cómo superar los problemas. Si de la salud sexual y reproductiva se trata, se presentan barreras comunicativas al momento de manifestar a los médicos su situación (figura 3). El intérprete de lengua de señas Octavio Rosero ha contribuido a visibilizar esta situación, señalando que, si bien las clínicas de Buenaventura han buscado la inclusión de la lengua de señas, los esfuerzos de los centros de salud aún son muy limitados, pues ofrecen cursos en lengua de señas con niveles muy bajos y contratan ocasionalmente a profesionales en lengua de señas:

Una clínica hizo el curso de lengua de señas, dos funcionarios de esta clínica lo hicieron, fuimos con la Asociación, los capacitamos. Ahora no garantiza una comunicación fluida con las personas sordas, pues ellos reciben un curso básico de lengua de señas (...) nivel 1 y que duró un mes. Si llega una niña que ha sido violada o abusada, cómo lo entiende la doctora, el doctor o el equipo interdisciplinario que tiene la clínica (...) sería bueno o muy bueno que estas clínicas lo tengan en lenguaje de señas para que las sordas puedan saber de la interrupción voluntaria del embarazo. Contratar un intérprete de lengua de señas, que tenga ética y ofrecer si quieren o no el servicio. (Octavio Rosero, 2024)

**Figura 2.** Taller de corpografía con mujeres sordas, grupo 1.



Las barreras que enfrentan las mujeres sordas en el sistema de salud conviven con otras situaciones de su entorno que generan mayor zozobra en sus vidas. Estas barreras se relacionan con las situaciones de violencia, las cuales se pudieron identificar debido a la importancia que para las mujeres sordas representa la familia. Ellas conciben la familia como parte central de sus vidas, en especial sus hijos, y es sobre ellas que recae el cuidado de estos y la transmisión de la lengua de señas (figura 2); esto las anima a hablar sobre cómo mantenerlos protegidos en un territorio caracterizado por la violencia. Muchas de estas mujeres idealizan, a través de los dibujos, espacios donde pueden ser felices con sus familias. Esto lo hacen ya que algunas viven en lugares en donde se enfrentan cada día a los grupos armados (figura 3). Algo de esto es relatado por la participante 2 del grupo tres:

Coloqué un árbol porque por ejemplo este espacio acá del centro donde hay árboles donde uno se divierte, también algo de relajación, a veces por mi calle, por el lugar donde yo vivo en la noche es muy peligroso. Yo no puedo andar tranquilamente porque hay grupos armados cerca, entonces eso me generaba algo de molestia, de malestar, de zozobra y pues trato de que mi mamá nos cuidemos los que vivimos allí y no andamos muy lejos. (Participante dos, Banco de la República)

**Figura 3.** Taller de corpografía con mujeres sordas, grupo 3.



Las mujeres sordas sufren barreras en la comunicación y los médicos no están preparados para atenderlas oportunamente. Además de esto, en algunas de sus comunidades se encuentran afectadas por la ausencia de servicios públicos y en convivencia con los grupos al margen de la ley. La falta de apoyo institucional hacia las mujeres sordas, en particular, se ve compensada en parte por el apoyo familiar y de la comunidad.

**Figura 4.** Taller de corpografía con mujeres.

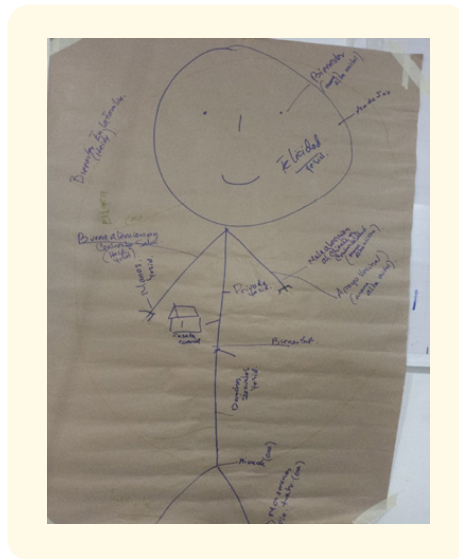


Ahora bien, es necesario mencionar que el taller de mujeres sordas contó con la participación de mujeres con otras discapacidades (representado como el grupo 4); esto nos permitió tener un acercamiento a otro tipo de limitantes. Por ejemplo, una participante con discapacidad física manifestó que en su entorno, las geografías barriales, representadas en lomas inclinadas, desniveles en el suelo, huecos y falta de rampas en la ciudad, dificultan constantemente su desplazamiento diario. Muchas de estas situaciones fueron percibidas en el taller de corpografía llevado a cabo en la caseta comunal del Barrio Antonio Nariño.

En ese mismo espacio, el taller de corpografía contó con la participación de mujeres con discapacidad física y cognitiva de diversas edades. Es importante resaltar que no todas las mujeres y niñas participaron activamente debido, principalmente, a su tipo de discapacidad (cognitiva), puesto que se pudo observar que estas participantes se centraban en otros espacios del taller o establecían una relación de mismidad; la actitud receptiva de sus acompañantes y personas de apoyo frente a los temas de salud sexual y reproductiva facilitó, en algunos casos, su participación en el taller. En este espacio

también se explicó lo que se entiende por derechos reproductivos y sexuales y se brindó asistencia en la realización de la corpografía, pues algunas mujeres tuvieron dificultades en la ejecución del ejercicio.

**Figura 5.** Taller de corpografía con mujeres con discapacidad física y cognitiva.



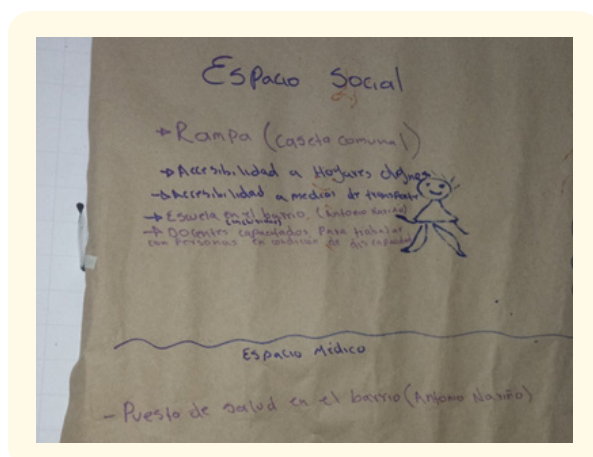
A pesar de estos esfuerzos, los resultados en términos de derechos sexuales, reproductivos y de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) fueron limitados. Esto se debe, en primer lugar, a la inconsistencia en la oferta de talleres sobre salud sexual y reproductiva en el barrio Antonio Nariño. En segundo lugar, gracias a los aportes de las y los cuidadores, se pudo constatar que las mujeres con discapacidad física y cognitiva no han tenido entornos educativos y docentes capacitados que tuvieran en cuenta sus necesidades de aprendizaje como personas con discapacidad (figura 6).

Aunque no hay tópicos directos sobre la IVE en personas con discapacidad, hay algunos temas que las mujeres con discapacidad cognitiva y física mencionaron en el taller, relacionados con la salud sexual y reproductiva. Heidi Yuliet, una mujer con discapacidad física, mencionó en el dibujo del cuerpo que ha tenido buena atención en los centros de salud, a pesar de esto, el principal problema radica en el desplazamiento, debido a que el barrio Antonio Nariño no cuenta con un centro de salud óptimo (figura 5). Aunque las personas con discapacidad física y cognitiva reciben apoyo por parte del personal de transporte en Buenaventura, este medio no se ajusta a las necesidades de esta población.

Las barreras estructurales han sido un desafío que incluso afecta a la caseta comunal del barrio Antonio Nariño; en la gráfica del cuerpo, las mujeres representaron este espacio en el tronco y, aunque no asignaron un significado específico al lugar en el que la dibujaron, es importante señalar que la caseta comunal ha sido el pilar que sostiene a esta población, pues ha generado un proceso de atención continuo a las mujeres con discapacidad, especialmente por el liderazgo de mujeres como Sorayda Mondragón, activista y gestora comunitaria que está comprometida con el trabajo de incidencia y acompañamiento en la caseta comunal. Sin embargo, la ausencia de rampas y las precarias condiciones de infraestructura, así como las dinámicas de violencia barrial y urbana, han limitado la asistencia de estas mujeres (figura 5).

También es necesario destacar que no todas las mujeres con discapacidad desconocen los temas de salud sexual. Yesid, una participante con discapacidad física y cognitiva, subrayó la importancia de los órganos sexuales; en la representación del cuerpo humano, Yesid identificó los órganos sexuales y los clasificó como una parte privada. La sexualidad de las mujeres con discapacidad ha sido uno de los mayores temores de sus familias y entornos de cuidado. Algunas madres que asistieron al taller expresaron la preocupación que tienen de que sus hijas fueran víctimas de abuso sexual, lo que las ha llevado a considerar la esterilización como una medida preventiva, aunque en Colombia esta es una decisión que debe tomarla directamente la persona con discapacidad –usando un sistema de apoyos si es necesario–, pues el consentimiento directo debe darlo la persona con discapacidad.

**Figura 6.** Taller de corpografía con mujeres con discapacidad física y cognitiva.



En conclusión, el taller de corpografía en el barrio Antonio Nariño resultó significativo y permitió evidenciar las falencias estructurales, como la distancia de los centros de salud y la falta de colegios inclusivos; y educativas, relacionadas a temas de salud sexual y reproductiva, como la ubicación de los órganos reproductivos y la relación entre el miedo al abuso sexual y la esterilización como forma de prevenir embarazos futuros.

## Capítulo 7

# Diferencias en las experiencias de mujeres negras con discapacidad para acceder a derechos sexuales y reproductivos:

### Perspectiva de género y discapacidad en el acceso a derechos sexuales y reproductivos

El acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura está profundamente moldeado por una intersección de complejas dinámicas sociales, económicas, institucionales, políticas y culturales. Estas barreras no son inherentes a la discapacidad, sino que emergen de sistemas de exclusión y discriminación que operan a nivel estructural. La territorialidad de Buenaventura, marcada por la desigualdad socioeconómica, el abandono estatal, la precariedad en los servicios de salud y el racismo estructural, agrava las condiciones de acceso a los derechos sexuales y reproductivos, incluido el acceso a la IVE.

En este contexto, las desigualdades económicas limitan aún más las oportunidades de acceso a los servicios médicos, mientras que las barreras políticas y administrativas, como la falta de capacitación del personal de salud, la negativa a aplicar estándares de atención y la ausencia de ajustes razonables y acordes a los contextos de las mujeres, refuerzan la exclusión sistemática. Así mismo, los estereotipos de género y las narrativas estigmatizantes sobre la sexualidad de las personas con discapacidad perpetúan actitudes deshumanizantes que restringen su autonomía y agencia.

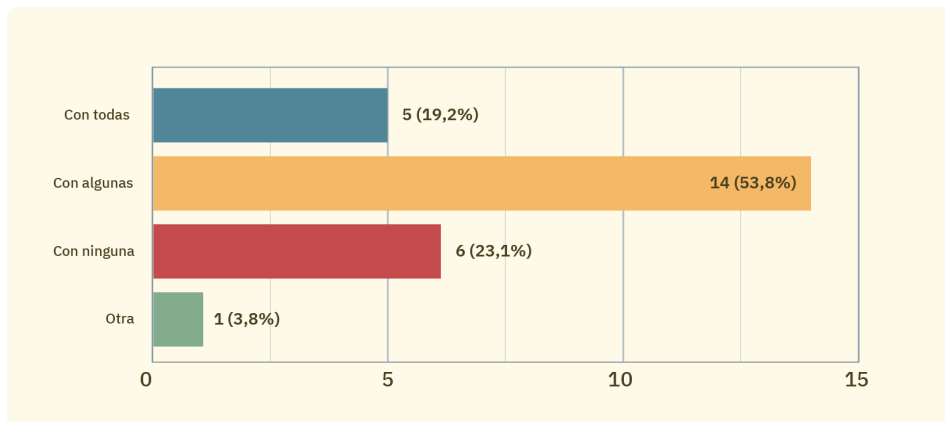
Para analizar cómo las estructuras de desigualdad y exclusión operan de forma diferenciada según el tipo de discapacidad y su incidencia en el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, en especial el acceso al IVE, este informe toma 26 entrevistas realizadas a mujeres negras con discapacidad de zonas urbanas y rurales de Buenaventura\*, y examina fragmentos que exponen sus experiencias individuales y diversas. Los datos obtenidos a través de las encuestas revelan un panorama complejo y con múltiples dimensiones en torno al acceso a la salud sexual y reproductiva. Si bien se observan avances en ciertos aspectos, como el aumento en la información disponible y la reducción de barreras burocráticas, persisten desafíos significativos que impiden el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

---

\* Algunas preguntas no fueron contestadas.

**Figura 7.** Barreras en el acceso a la salud sexual y reproductiva.

Pregunta: “¿Ha experimentado alguna de las siguientes barreras en el acceso a la salud sexual y reproductiva?”

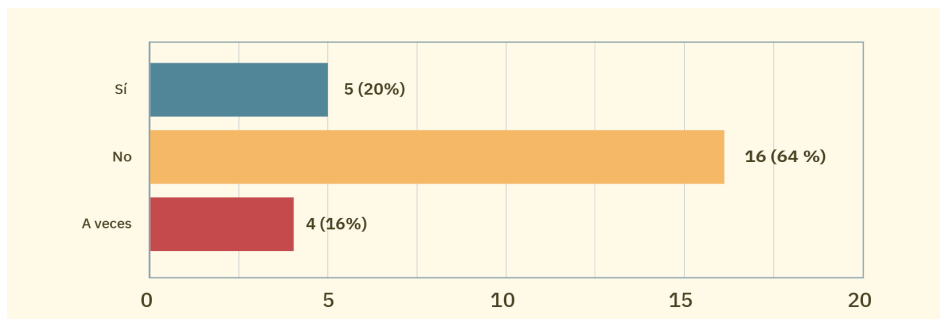


Fuente: elaboración propia.

Un hallazgo recurrente en las encuestas es la falta de información completa y accesible sobre temas de salud sexual y reproductiva. A pesar de que existe una mayor conciencia sobre estos, persiste un déficit en cuanto a la calidad, veracidad y profundidad de la información disponible, situación que puede limitar la autonomía y agencia de las mujeres, pues se traduce en una toma de decisiones menos informada. Como se puede observar en la figura 7, el 53.8 % de las mujeres encuestadas se han visto afectadas por algunas de las barreras en el acceso a la salud sexual y reproductiva, como la falta de información sobre métodos anticonceptivos o la ausencia de servicios adecuados, el 19.2 % ha experimentado todas las barreras mencionadas, mientras que el 23.1 % señala que no se ha enfrentado a ninguna.

**Figura 8.** Necesidades de apoyo familiar en decisiones sobre salud sexual y reproductiva.

Pregunta: “¿Necesita apoyo familiar para tomar decisiones relacionadas con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos?”



Fuente: elaboración propia.

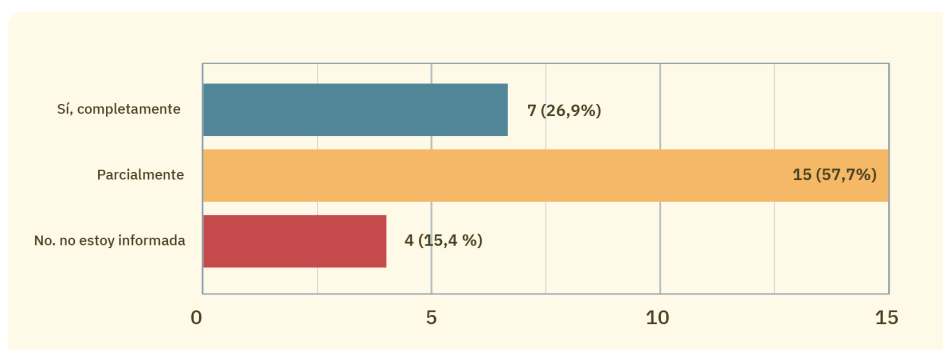
Las encuestas muestran que, en salud sexual y reproductiva, garantizar la reserva y la autonomía puede ser muy difícil cuando gran parte de las consultas se realizan en presencia o con apoyo de familiares o acompañantes. No se trata de desvalorizar ese apoyo, sino de reconocer que, dadas las dinámicas de no reconocimiento de la autonomía y la agencia de las mujeres con discapacidad, la presencia de terceros suele trasladar la toma de decisiones, condicionar el contenido de la consulta y restringir la confidencialidad. En ese marco, con frecuencia pesan más las percepciones de los acompañantes sobre el ejercicio de la sexualidad que la voluntad de las propias mujeres.

En la figura 8 se observa que, si bien una mayoría (64 %) declara no requerir apoyo familiar para decidir, un 20 % sí lo necesita y un 16 % lo requiere ocasionalmente. Estas cifras no cuestionan el valor del acompañamiento, pero sí evidencian que, en ausencia de ajustes razonables y apoyos profesionales accesibles, el sistema termina dependiendo del apoyo familiar de modo que compromete la privacidad y la autodeterminación en decisiones íntimas.

Al indagar sobre las barreras en el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, las participantes identificaron principalmente tres obstáculos: la falta de información sobre métodos de planificación, los problemas de infraestructura o adecuación del espacio, y la exigencia de acompañamiento de un familiar. Un grupo de participantes señaló no haber enfrentado ninguna de estas barreras.

**Figura 9.** *Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a la IVE.*

Pregunta: “¿Cuenta con información suficiente sobre sus derechos sexuales y reproductivos, incluido el derecho a la IVE?”

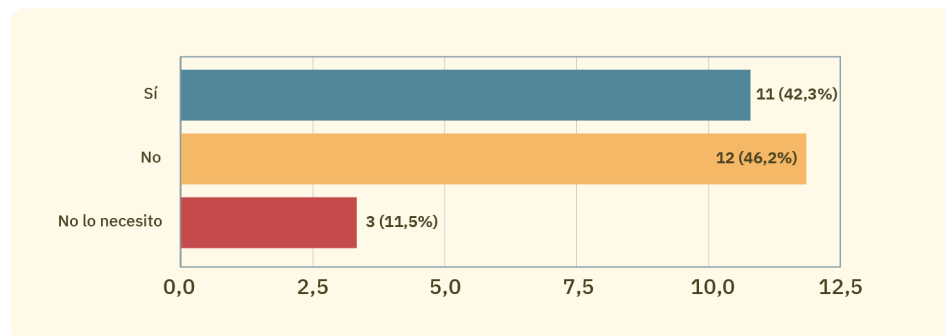


Fuente: elaboración propia.

En la figura 9 se puede ver que la mayoría de las mujeres encuestadas (57.7 %) consideran parcialmente informadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el 26.9 % se consideran completamente informadas, mientras que el 15.4 % admiten no estar informadas en absoluto. Esta situación puede explicarse debido a la falta de material ajustado y adecuado sobre el tema en las instituciones de salud, así como a la falta de intérpretes. La figura 10 revela que la falta de materiales informativos en formatos accesibles para personas con discapacidad limita el derecho de estas mujeres a tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, pues la mayoría de las mujeres encuestadas (46.2 %) reportan no haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva en formatos accesibles como braille o lengua de señas, un porcentaje cercano (42.3 %) indica que sí ha recibido esta información, mientras que un número menor (11.5 %) señala que no la necesita. El alto porcentaje de mujeres que no han recibido información en formatos accesibles evidencia una brecha significativa en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad.

**Figura 10.** Acceso a información en formatos accesibles sobre salud sexual y reproductiva.

Pregunta: “¿Ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva en formatos accesibles (como braille, lengua de señas, entre otros)?”

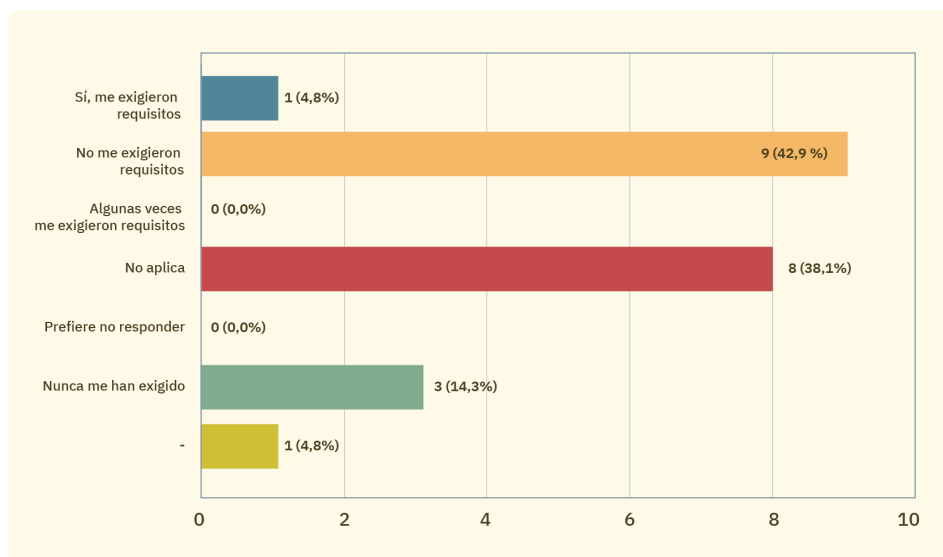


Fuente: elaboración propia.

Por su parte, la figura 11 muestra que la mayoría de las encuestadas (42.9 %) reportaron que no se les exigieron requisitos para acceder al aborto o IVE en el centro de salud, el 38.1 indicó que la pregunta no aplica a su situación, lo cual podría indicar que no han tenido una experiencia de aborto o que no han acudido a un centro de salud para tal fin, el 14.3 % señaló que nunca les han exigido requisitos, mientras que solo un 4.8 % afirmó que sí les exigieron requisitos no previstos en la norma.

**Figura 11.** *Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a la IVE.*

Pregunta: “Si ha iniciado un proceso de aborto o IVE, ¿le solicitaron algún requisito para acceder al servicio en el centro de salud?”



Fuente: elaboración propia.

### **Barreras de acceso a la salud: infraestructura y desigualdades socioespaciales para mujeres negras con discapacidad en Buenaventura**

La infraestructura de los centros médicos de Buenaventura, según la experiencia de las mujeres entrevistadas, se posiciona como uno de los principales aspectos que reducen las posibilidades de las personas con discapacidad, en particular de las que tienen discapacidades físicas, para hacer uso de la infraestructura sanitaria en dignidad. Estas barreras limitan su acceso a servicios esenciales, tales como los relativos a la salud sexual y reproductiva.

Los testimonios recopilados evidencian que, aunque el acceso a la salud es un derecho fundamental, en el territorio las instalaciones médicas no están completamente adaptadas para ser inclusivas y accesibles para algunos sectores poblacionales. Frente a esto, las mujeres entrevistadas describen cómo los centros de salud carecen de instalaciones accesibles para personas con discapacidad física, como camillas adecuadas o espacios adaptados para sillas de ruedas. Este problema se inscribe en una geografía desigual, donde los servicios de salud no contemplan las necesidades de todas las personas, excluyendo efectivamente a quienes no se ajustan al “usuario promedio”.

Lucila, una mujer con discapacidad física, menciona que: “Las camillas son demasiado altas, no tienen camillas para la condición de la persona. Yo digo que no se preocupan por la comodidad de uno, sino que piensan en la comodidad de ellos como colaboradores” (Entrevista personal #1, 18 de octubre de 2024). Este comentario habla de una infraestructura insensible a las necesidades específicas de las personas con movilidad reducida, como rampas adecuadas, camillas ajustables y equipos especializados. Estas carencias dificultan el acceso físico y, por lo tanto, crea espacialidades aptas solo para personas con capacidades normativas.

En Buenaventura, los servicios de salud suelen estar concentrados en el área urbana, mientras que las comunidades periféricas carecen de infraestructura adecuada. Esto obliga a las mujeres con discapacidad a asumir mayores costos y esfuerzos para acceder a servicios básicos, lo que significa una segregación espacial que profundiza desigualdades.

Por ejemplo, Verónica narra cómo la ubicación geográfica de los centros médicos juega un papel importante. Las mujeres que viven en zonas rurales o alejadas, como Marlen, una mujer neurodivergente, y Fanny, quien tiene movilidad reducida, enfrentan barreras adicionales para llegar a los servicios de salud debido a la falta de transporte accesible y costos elevados del transporte privado. Esta es una muestra de cómo la marginalización territorial entendida en la falta de centros médicos en Buenaventura, las grandes distancias de los centros de salud en las zonas rurales y la falta de transporte accesible y adaptado son desafíos constantes y agravan las desigualdades en salud. Como lo comenta Verónica: “Para salir debo pagar carrera a los móviles porque yo para salir debe ser en móvil. Y no tenía dinero en el momento, mi mamá no tenía, entonces yo decidí achantarme” (Entrevista personal #2, 19 de octubre de 2024). Así, la realidad es que las mujeres deben invertir recursos económicos que, en muchos casos, no tienen, lo que las obliga a postergar o renunciar a su atención médica.

La situación de Marlen resalta otra dimensión del problema: “Los hospitales de acá no están equipados para tratarme, tengo que ir a otros sitios donde sí me atiendan, pero los traslados no los cubre la EPS” (Entrevista personal #3, 28 de octubre de 2024). La falta de infraestructura adecuada no solo se limita al interior de los centros médicos, sino que también abarca la ausencia de mecanismos que garanticen el traslado seguro y económico de estas mujeres hacia los lugares donde puedan recibir atención.

Una situación similar vive doña Bartola, quien narró cómo el costo del transporte a Cali, sumado a su condición física, le impidió asistir a una cita médica crucial: “Tenía una cita para Cali y no la pude atender por falta de pasaje” (Entrevista personal #4, 20 de octubre de 2024). Además, señala que su barrio carece de centros médicos cercanos, por lo que las mujeres con discapacidad deben recorrer largas distancias o gastar más recursos para recibir atención: “Aquí en el barrio no tenemos”, afirma Bartola.

En el caso de las mujeres provenientes de zonas rurales, estas barreras se intensifican, ya que enfrentan un doble costo de transporte y un acceso aún más restringido: “A las personas que vienen de la zona rural les toca más duro, porque gastan doble transporte” (Entrevista personal #5, 23 de Octubre 2024).

La ausencia de un enfoque diferencial en la planificación de los espacios de salud deja en evidencia el desconocimiento o indiferencia hacia las necesidades de las personas con discapacidad. Esto se relaciona directamente con la geografía de la discapacidad, que busca cuestionar cómo los entornos físicos y las decisiones de diseño reproducen dinámicas de exclusión. Para autores como Bazan (2023), la geografía de la discapacidad analiza cómo los entornos construidos y las estructuras sociales pueden generar exclusión. Se enfoca en cómo el espacio puede producir o reforzar la discapacidad, y busca visibilizar las desigualdades y luchas de las personas con discapacidad dentro de distintos contextos espaciales. Más allá de las barreras físicas, existe una problemática actitudinal y organizacional. El personal médico carece de protocolos uniformes y capacitación para atender personas con discapacidad. Luz, otra mujer entrevistada, enfatiza la falta de empatía por parte del personal de salud, la incomodidad de las instalaciones y resalta que la accesibilidad va más allá de lo físico para incluir actitudes y estructuras organizativas (Entrevista personal #6, 11 de octubre de 2024).

Katherine, mujer con discapacidad física y usuaria de silla de ruedas, también describe un trato desigual por parte de algunos médicos y personal administrativo, quienes no siempre comprenden o atienden sus necesidades específicas: “Prácticamente lo tratan a uno como que uno fuera igual a los que caminan... uno debería ser prioridad” (Entrevista personal #7, 21 de octubre de 2024). Esta falta de ajustes razonables evidencia un problema estructural donde las experiencias positivas de apoyo profesional son casos aislados que no reflejan cambios institucionales sistemáticos.

Así mismo, otra mujer entrevistada llamada Julie, menciona sentirse excluida por el sistema de salud debido a su discapacidad y resalta experiencias mixtas con el personal médico que algunas veces le ha brindado atención adecuada, pero no es una constante: “En muchas ocasiones pues uno le ha tocado con un médico los cuales pues le brindan una buena atención con relación con la discapacidad de uno; ya en ocasiones todos no le brindan la misma atención” (Entrevista personal #8, 18 de octubre de 2024). Esta variabilidad confirma la ausencia de protocolos estandarizados y capacitación uniforme del personal médico para atender personas con discapacidad.

Las barreras que enfrentan las mujeres negras con discapacidades físicas en Buenaventura, en términos de infraestructura, son un reflejo de una negligencia institucional sistemática. Estas carencias profundizan las inequidades y perpetúan la exclusión de las mujeres con discapacidad del sistema de salud porque limitan el acceso a servicios y la atención oportuna. Es necesario implementar adaptaciones

de infraestructura en centros médicos, sistemas de transporte accesible y protocolos diferenciados de atención. Sin estas intervenciones estructurales, continuará la exclusión sistemática de esta población históricamente marginalizada, contraviniendo el marco legal vigente y perpetuando desigualdades en salud.



### **Estereotipos y creencias sobre el género y la sexualidad: las barreras de acceso desde una perspectiva de género**

Las experiencias de las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura son una muestra de cómo los sistemas de creencias, los estereotipos de género y las dinámicas de cuidado condicionan profundamente su acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Más allá de las barreras físicas, las mujeres enfrentan una sociedad que minimiza o niega su sexualidad, las infantiliza y refuerza roles tradicionales de género que afectan su autonomía y bienestar.

Las convicciones religiosas moldean profundamente las percepciones sobre derechos reproductivos. Maritza, mujer negra con discapacidad física, expresa su posición frente al aborto: “No, porque es pecado, es pecado. Un niño no tiene culpa de lo que nosotros los adultos hacemos” (Entrevista personal #9, 20 de octubre de 2024). Esta postura refleja cómo las creencias religiosas generan barreras psicológicas y sociales adicionales para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, reforzando normas culturales donde el tema permanece estigmatizado y limita discusiones abiertas.

Soraida, otra de las entrevistadas, compartió que enfrentó decisiones difíciles de manera individual, entre las que cuenta una interrupción de un embarazo, que realizó sin apoyo institucional: “Sí, yo me he practicado aborto... lo hice sola” (Entrevista personal #10, 26 de octubre de 2024). Su experiencia ilustra cómo el estigma social puede aislar a las mujeres durante procesos críticos de toma de decisiones reproductivas.

Doña Bartola también menciona que desconocía el procedimiento para realizarse un aborto, lo que evidencia un vacío informativo significativo: “Yo me iba a hacer un aborto, pero cuando llegué donde el médico, él me dijo que era esto y esto; salí y yo no me la hice” (Entrevista personal #11, 20 de octubre de 2024) Este testimonio evidencia cómo la información errónea o tendenciosa por parte del personal médico puede disuadir el acceso a servicios legalmente garantizado.

La desinformación no solo afecta la toma de decisiones informadas, también genera ansiedad y frustración en las mujeres que intentan acceder a estos servicios. Además, disuade a las mujeres a través de información errónea o que no tienen respaldo científico. A pesar de que Colombia cuenta con un marco legal que garantiza el derecho al aborto en ciertas condiciones, la falta de veracidad sobre la información proporcionada por algunos profesionales de la salud, así como la ausencia de estrategias efectivas para comunicarla en comunidades vulnerables perpetúa el desconocimiento y la exclusión.

El caso de Verónica también ilustra cómo los sistemas de creencias y los estereotipos pueden ser doblemente restrictivos cuando se trata de la maternidad. Mientras enfrentaba las barreras propias de su discapacidad, tomó la decisión de someterse a una operación para no correr el riesgo de un segundo embarazo: “Decidí operarme para no correr el riesgo de quedar embarazada... porque en mi situación no sería bueno” (Entrevista personal #12, 19 de octubre de 2024).

Este tipo de decisiones están profundamente ligadas a la percepción de que las mujeres con discapacidad no pueden cumplir adecuadamente con los roles de cuidado, lo que refuerza una idea injusta de “incapacidad materna”. Sin embargo, Verónica también reconoce la agencia de otras mujeres al señalar que cada persona gestante tiene el derecho de decidir sobre sus propios embarazos: “Cada quien es respetable lo que decida porque hay mujeres que no están preparadas... es una decisión muy personal” (Entrevista personal #13, 19 de octubre de 2024).

Por su parte, Soraida confiesa no haber tenido conocimiento previo sobre los derechos sexuales y reproductivos ni del marco legal que ampara la IVE en Colombia: “Prácticamente no [había escuchado sobre derechos sexuales y reproductivos]” (Entrevista personal #14, 26 de octubre de 2024). Este desconocimiento, lejos de ser un vacío individual, es la muestra de un sistema que falla en informar adecuadamente a las mujeres sobre sus derechos. La falta de talleres y sensibilización, según Soraida, sostiene que se tomen decisiones en la incertidumbre, especialmente en comunidades marginadas: “Deberían de explicarle más a las muchachas, a las jóvenes que es bueno, que no es malo” (Entrevista personal #15, 26 de octubre de 2024).

Maritza cuenta que utilizó el dispositivo intrauterino, conocido como la T, y que este le causó complicaciones graves: “Eso me puso delgada, quedé sin sangre, quedé mal” (Entrevista personal #16, 20 de octubre de 2024). Este tipo de experiencias negativas, junto con la falta de información clara sobre alternativas anticonceptivas, siguen demostrando que existe un déficit en la atención integral en salud sexual y reproductiva. Aunque Maritza menciona que le ofrecieron varias opciones en el puesto de salud, como inyecciones o implantes, su testimonio deja ver que las alternativas no siempre se explican completamente, ni se consideran las necesidades específicas de cada mujer, lo que puede llevar a que tomen decisiones desinformadas sobre su salud: “Me dijeron que podía planificar con inyección o con la pila, pero yo no vi más” (Entrevista personal #17, 20 de octubre de 2024).

Otras participantes, como Luz, expresan incomodidad física y preocupación respecto al implante anticonceptivo. Aunque inicialmente estuvo de acuerdo en colocarlo para prevenir un embarazo, ahora considera que el método le causa molestias: “Siento que la carne se me baja. (...) El brazo a veces me duele” (Entrevista personal #18, 2

de noviembre de 2024). Ella cuenta que al cargar agua siente que el implante puede desplazarse o causar molestias; esto sugiere falta de información clara sobre cómo manejar esfuerzos físicos con el implante: “Cuando voy a llenar agua pienso que se me está bajando (...) Nunca me dijeron que no hiciera mucha fuerza porque me sale la pila” (Entrevista personal #19, 2 de noviembre de 2024). Aunque Luz ha considerado cambiar de método, la participante no está familiarizada con otras opciones disponibles: “Yo no sé qué otros métodos anticonceptivos hay”, dice.

Para muchas de estas mujeres, la opción de decidir sobre su fertilidad es un proceso cargado de factores externos: expectativas familiares, religiosas y sociales que pesan más que su propio bienestar o deseos. Además, la falta de acceso a servicios de salud adecuados y la escasa atención a sus necesidades específicas, como las de las mujeres con discapacidad, agudizan aún más esta desconexión con el conocimiento sobre anticoncepción. La entrevista con Luz, por ejemplo, es una muestra de la falta de información formal sobre los derechos reproductivos y el acceso a servicios seguros para la interrupción del embarazo. Este desinterés institucional se traduce en prácticas de abortos inseguros o la imposibilidad de acceder a métodos anticonceptivos adecuados.

La evidencia testimonial revela que las mujeres negras con discapacidad enfrentan decisiones reproductivas condicionadas por expectativas familiares, religiosas y sociales que priorizan sobre su bienestar individual. La falta de acceso a servicios adecuados y la escasa atención a sus necesidades específicas agravan esta desconexión del conocimiento anticonceptivo.

El desconocimiento sobre opciones anticonceptivas y procedimientos de IVE a través del sistema público no solo refleja brechas informativas, sino también fallas estructurales en políticas de salud pública. Los programas institucionales no han sido diseñados considerando las necesidades específicas de mujeres negras con discapacidad.

La ausencia de materiales accesibles, enfoques interseccionales y personal capacitado para atención diferenciada constituye una omisión sistemática que perpetúa la exclusión. Esta invisibilidad en políticas públicas refuerza patrones de dependencia y control externo, profundizando la vulnerabilidad y limitando el ejercicio de autonomía corporal y ciudadanía plena.



**El racismo estructural y la discapacidad: barreras doblemente excluyentes para las mujeres negras de Buenaventura en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos**

El racismo estructural que prevalece en Buenaventura aumenta, de manera significativa, las situaciones que enfrentan las mujeres negras con discapacidad, especialmente en lo que respecta a su acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

Este racismo no solo se manifiesta en la exclusión social y económica, sino también en la profundización de las barreras que limitan su autonomía y acceso a servicios básicos como la salud.

En un contexto como el de Buenaventura, donde las mujeres negras han sido históricamente marginadas, el doble estigma de ser mujer y ser negra crea un escenario de invisibilidad y desprotección. Al sumar la categoría de discapacidad se refuerza aún más la exclusión de estas mujeres en diferentes espacios. No obstante, la ausencia de datos oficiales desagregados sobre esta población y sus condiciones de acceso a derechos sexuales y reproductivos destaca la necesidad de seguir investigando y generando información desde una perspectiva interseccional.

Históricamente, Buenaventura ha sido una ciudad atravesada por dinámicas de desposesión y empobrecimiento, reflejadas en la falta de inversión en infraestructura, educación y salud para sus habitantes, la mayoría afrodescendientes. Estas condiciones estructurales, derivadas de un racismo sistémico y una falta de voluntad política para atender las necesidades de la población negra, tienen un impacto directo en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. La precarización del sistema de salud, la escasez de servicios especializados y la desinformación sobre los derechos sexuales y reproductivos contribuyen a que estas mujeres enfrenten aún más obstáculos para decidir sobre sus cuerpos y acceder a servicios médicos de calidad.

El acceso a información adecuada y a servicios de salud oportunos y apropiados, de acuerdo con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, es un derecho fundamental. Sin embargo, el racismo institucional y la falta de formación del personal de salud en enfoques interseccionales impiden que este derecho se garantice de manera efectiva. En los testimonios recopilados en esta investigación se evidencian experiencias de trato desigual debido a la condición de discapacidad de las mujeres. La exclusión social y económica derivada de estas múltiples formas de opresión las obliga a tomar decisiones de salud reproductiva sin el apoyo adecuado y, en algunos casos, sin siquiera conocer sus derechos.

Además, el racismo estructural se manifiesta en la invisibilización de estas mujeres en los discursos y políticas públicas sobre derechos sexuales y reproductivos. Muchas veces las estrategias de salud no contemplan las realidades específicas de las mujeres negras con discapacidad, lo que refuerza la idea de que sus decisiones reproductivas son minimizadas o controladas por terceros. En algunos casos, la presión familiar y comunitaria refuerza la idea de que estas mujeres no pueden o no deben tomar decisiones sobre su propio cuerpo, lo que demuestra la existencia de una cultura de control y tutela que restringe la autonomía de las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura.

Dado que no se cuenta con información oficial detallada sobre la magnitud de estas problemáticas\*, este informe se suma a la necesidad de generar más estudios que profundicen en la intersección entre racismo, discapacidad y justicia reproductiva. La producción de conocimiento sobre estas realidades es un paso fundamental para incidir en la creación de políticas públicas que garanticen el acceso pleno a los derechos de las mujeres negras con discapacidad.

---

\* Esto responde a un fenómeno de invisibilización estadística, en el que las mujeres negras con discapacidad quedan fuera de los registros y estudios oficiales debido a la falta de cruces interseccionales entre variables como género, pertenencia étnico-racial, discapacidad y territorio. La ausencia de información detallada no es casual, sino el resultado de un diseño institucional que históricamente ha ignorado sus realidades, reforzando su exclusión en las políticas públicas y discursos sobre derechos sexuales y reproductivos.

## Capítulo 8

# Accesibilidad y sensibilidad en la atención de salud reproductiva para las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura

Este análisis sobre servicios de salud reproductiva accesibles para personas con discapacidades se basa en información limitada debido a la falta de respuesta de instituciones públicas de salud. Únicamente Profamilia, IPS privada, accedió a ser entrevistada.

Para complementar esta información, se incluye el testimonio de Octavio, intérprete de lengua de señas con 21 años de experiencia trabajando con población sorda en diferentes instituciones de salud de Buenaventura.

Según lo informado por las representantes de Profamilia, la institución ha implementado diversos programas con un enfoque étnico y diferencial, con el propósito de garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva para todas las personas, incluidas aquellas con discapacidades físicas, auditivas y cognitivas. La entidad cuenta con protocolos específicos para la atención de personas con discapacidad, como ajustes en la consulta médica y apoyo psicológico especializado. Además, se destacó la atención personalizada para personas con discapacidades cognitivas, con el uso de técnicas como la retroalimentación directa por parte del paciente para asegurar que la información haya sido comprendida correctamente. Sin embargo, no se ofrecieron datos específicos sobre el número de mujeres negras que fueron beneficiarias de estos servicios.

Es relevante señalar que, a pesar de los esfuerzos realizados por Profamilia, la difusión de sus programas en Buenaventura parece ser un desafío. Según la entrevista, una encuesta realizada a un grupo de 50 mujeres con diversas discapacidades reveló que la mayoría no conocía los programas disponibles, lo que indica que aún existen barreras en la comunicación y promoción de estos servicios en la región. Profamilia ha intentado varias estrategias de difusión, que incluyen pautas publicitarias en emisoras locales y volanteo, pero los resultados no han sido tan efectivos como se esperaba. Se mencionó que las prácticas de comunicación más efectivas en Buenaventura es el “voceo” (información puerta a puerta o a través de grupos de WhatsApp), lo que ha llevado a la organización a reconsiderar su enfoque de difusión y adaptarlo a las necesidades locales.

Otro elemento que puede incidir en que las mujeres negras con discapacidad accedan a Profamilia es que es un IPS privada, es decir, solo las mujeres cuyas EPS o Entidades Administradoras de Planes o Beneficios (EAPB) tengan convenio con Profamilia pueden ser atendidas sin costo.

En cuanto a la capacitación del personal, Profamilia se ha esforzado en garantizar que su equipo esté capacitado en el trato a personas con discapacidad, aunque se reconocen limitaciones, como la falta de intérpretes de lengua de señas en Buenaventura, lo que obliga a utilizar servicios de videollamada con intérpretes ubicados en otras ciudades, como Cali. A pesar de estas limitaciones, la institución ha desarrollado esfuerzos y ajustes razonables en los servicios para personas con diferentes tipos de discapacidad, y ha implementado prácticas para asegurar que la toma de decisiones por parte de las personas con discapacidad sea autónoma y respaldada por el acompañamiento adecuado.

La experiencia de Profamilia, aunque valiosa, no refleja necesariamente las prácticas de otros centros de salud públicos y privados en Buenaventura. Para ampliar la perspectiva sobre el sistema de salud local, se incorpora el testimonio de Octavio, intérprete de lengua de señas con más de 21 años de experiencia profesional en la ciudad.

Su trayectoria laboral en múltiples instituciones de salud le ha proporcionado una perspectiva privilegiada sobre la calidad de atención, disponibilidad de recursos y formación del personal para atender personas con discapacidad auditiva. Como facilitador directo de la comunicación entre pacientes sordos y profesionales médicos, Octavio ha sido testigo de primera mano de las barreras comunicativas y prácticas institucionales que caracterizan el acceso a servicios médicos en Buenaventura.

Octavio menciona que en las instituciones de salud de Buenaventura se reconocen los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad auditiva, pero los servicios disponibles siguen siendo limitados, especialmente para personas con otras discapacidades. En la entrevista que se le realizó dejó claro que aunque las instituciones en la región cuentan con algunos servicios, como los métodos anticonceptivos temporales y permanentes, la atención a personas sordas ha demostrado ser deficiente en cuanto a la disponibilidad de recursos, como intérpretes de lengua de señas, lo que dificulta el acceso a una atención integral y digna.

La falta de intérpretes profesionales en las clínicas y hospitales para facilitar la comunicación con las mujeres sordas es una barrera significativa. A pesar de las leyes y normativas que promueven la inclusión, como la ley 324 de 1996, la realidad es que en Buenaventura las mujeres sordas no tienen acceso adecuado a los servicios de salud que deberían garantizarse por ley. Esto es perjudicial, por ejemplo, en situaciones de abuso sexual, donde muchas víctimas no pueden comunicarse adecuadamente con el

personal médico debido a la falta de intérpretes cualificados. Además, la falta de recursos en las clínicas para ofrecer información sobre métodos anticonceptivos y derechos reproductivos en lengua de señas significa que las mujeres sordas, a menudo, no tienen conocimiento sobre estos temas, lo que configura una violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Desde el punto de vista de la capacitación del personal, Octavio subraya que, si bien las instituciones de salud están haciendo esfuerzos por mejorar, como se evidencia con la disponibilidad de algunos servicios de anticoncepción y el apoyo de psicólogos especializados en casos de IVE, la falta de formación para la atención de pacientes con discapacidades es todavía un desafío. El personal de salud, aunque con buenas intenciones, se enfrenta a limitaciones en su capacidad para ofrecer un acompañamiento completo.

En la entrevista también se mencionó que en situaciones de decisiones complejas, como la interrupción voluntaria del embarazo, se recurre al acompañamiento de psicólogos y la colaboración con otros profesionales para asegurar que la decisión tomada por la usuaria sea realmente autónoma. Este enfoque multidisciplinario es positivo, pero también resalta una posible falta de personal capacitado de forma integral para abordar todas las necesidades de las personas con discapacidad dentro del sistema de salud. La experiencia documentada revela una brecha significativa entre el reconocimiento formal de derechos y su implementación práctica. Mientras Profamilia demuestra la viabilidad de modelos de atención diferencial, la falta de respuesta de instituciones públicas sugiere deficiencias sistemáticas en el sector que atiende a la mayoría de la población.

La ausencia de datos desagregados sobre mujeres negras con discapacidad atendidas, incluso en la institución más avanzada, evidencia la invisibilización de esta población específica en los sistemas de información en salud.



## Capítulo 9

# Imaginarios y estigmas sociales sobre las mujeres negras con discapacidad

Los imaginarios sociales sobre las mujeres negras con discapacidad revelan una intersección de opresiones marcadas por el racismo, el capacitismo y el sexismo. Estos estigmas operan como barreras invisibles que limitan su autonomía y acceso a derechos sexuales y reproductivos.

Desde esta perspectiva, el testimonio de la profesora Nini Vengoechea, historiadora afrodescendiente con discapacidad física y oriunda de Buenaventura, ofrece un marco fundamental para comprender cómo estas dinámicas operan en la vida cotidiana y limitan la autonomía de estas mujeres. Debido a la trayectoria y los estudios realizados por la profesora Vengoechea, quien ha dedicado años a investigar las diversas violencias que enfrentan las mujeres con discapacidad, se han integrado a este informe algunos fragmentos de una entrevista realizada en el marco de esta investigación. También se incluyen reflexiones adicionales que la profesora compartió por escrito y que enriquecen el análisis con su experiencia y perspectiva crítica sobre la construcción de los imaginarios y estigmas sociales. Estas narrativas reafirman una doble carga de opresión: ser vistas como dependientes eternas y ser objeto de estigmas relacionados con la maternidad, la sexualidad y el acceso a derechos fundamentales.

La académica describe cómo las mujeres con discapacidad son percibidas por la sociedad como niñas perpetuas, lo cual limita su autonomía y derecho a decidir sobre su propio cuerpo y vida:

“Cuando tenemos discapacidad, para la sociedad somos las niñas, pero a la vez somos las mujeres” (Entrevista personal #20, 16 de octubre de 2024). Esta visión infantilizada refuerza barreras culturales y sociales que niegan su derecho a la autodeterminación. Y agrega: “Vivir entre la infantilización constante y la hipersexualización por el exotismo de mi cuerpo, me fragmenta, me obliga a habitar dos realidades”. La reflexión de la profesora Vengoechea ilustra cómo los imaginarios contradictorios sobre los cuerpos de las mujeres negras con discapacidad limitan su acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Por un lado, la infantilización perpetúa la idea de que estas mujeres son eternas niñas, carentes de autonomía y capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Este estigma puede llevar a que familiares, profesionales de la salud y la sociedad en general, asuman el control de sus cuerpos y decisiones y les

niegue el derecho a decidir sobre métodos anticonceptivos, interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) u otros aspectos de su sexualidad y vida reproductiva.

Por otro lado, la hipersexualización, que las reduce a objetos de deseo exótico, añade una capa de violencia simbólica y real que las expone al abuso sexual y, al mismo tiempo, minimiza la gravedad de estas experiencias. Al ser vistas como cuerpos para el otro, se invisibilizan sus necesidades de atención médica, como el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que sean sensibles a sus realidades.

Ambos imaginarios deshumanizan a las mujeres negras con discapacidad, lo que se traduce en barreras sistémicas como la falta de políticas públicas inclusivas, la omisión de protocolos diferenciados en los centros de salud, y la ausencia de educación sexual integral que promueva su autonomía y la visibilización de sus experiencias. Estas limitaciones también sostienen un ciclo de exclusión que refuerza las desigualdades interseccionales que enfrentan.

Además, la profesora Vengoechea (2024) señala que los imaginarios sociales tienden a encerrar a las mujeres negras con discapacidad en roles pasivos y dependientes, ejemplificados en su afirmación: “Mujeres sin voz, sin poder de decisión sobre sus propios cuerpos. Mujeres reducidas a ser “las hijas de...” o, peor aún, “las hijas enfermitas de...””. Estas construcciones sociales consolidan la idea de que estas mujeres no pueden ejercer control sobre su identidad, género, orientación sexual o deseos de maternidad, pues estas decisiones son tomadas por terceros “por su bien”. Este imaginario contribuye a perpetuar dinámicas de exclusión y control que violan sus derechos humanos y refuerzan su invisibilización en los espacios públicos y privados.

La experiencia personal de la académica también permite cuestionar la narrativa de la “superación individual” que a menudo se utiliza para destacar casos excepcionales, mientras se invisibilizan las barreras estructurales que impiden a la mayoría de estas mujeres alcanzar sus metas. Como ella misma expresa:

Cuando se enaltece el accionar de personas que “no deberían” ocupar ciertos espacios, se invisibiliza a quienes nunca alcanzarán esos privilegios. En lugar de preguntar ¿cómo hizo para superar tantas barreras?, la pregunta debería ser: ¿por qué otras mujeres con discapacidad no lo han logrado?

Este cuestionamiento es fundamental para dismantelar la narrativa capacitista que responsabiliza a las personas con discapacidad de superar las barreras sociales, en lugar de poner el foco en la necesidad de transformar las estructuras que generan y reproducen estas desigualdades.

La sexualidad de las mujeres con discapacidad es otro tema que enfrenta fuertes estigmas. La profesora Vengoechea (2024) reflexiona sobre cómo se les niega a estas

mujeres el derecho al placer o a la exploración de su propia sexualidad: “La masturbación es un tabú, que uno sienta deseo, no, jamás, porque seguimos siendo niñas angelitos”. La belleza y la feminidad de las mujeres con discapacidad también son constantemente deslegitimadas, y frente a esto la profesora comenta: “Desde que me diga “usted tan linda pero así enfermita”, me han dicho literalmente en mi cara”. Estos comentarios ponen al descubierto cómo la discapacidad se percibe como una condición incompatible con la feminidad o la belleza. Este estigma se convierte en una forma de violencia simbólica que mina la autoestima y relega a estas mujeres a un espacio de inferioridad social.

La académica aborda, además, las múltiples barreras culturales e institucionales que enfrentan las mujeres con discapacidad al intentar acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellas, la falta de privacidad y personal capacitado: “Imagínate una mujer sorda tiene que andar con su familiar... es la privacidad de uno”. Estas barreras son especialmente graves en contextos de interrupción del embarazo, donde se exige la presencia de un acudiente para validar la decisión de la mujer, lo que refuerza la percepción de que no son capaces de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y viola el marco normativo que reconoce el derecho que tienen las personas gestantes con discapacidad para decidir sobre interrumpir o no un embarazo.

La evidencia presenta un panorama donde los imaginarios sociales impactan directamente en el trato institucional, familiar y social hacia las mujeres negras con discapacidad. Esta realidad se manifiesta en la falta de sensibilidad del personal médico, ausencia de servicios accesibles y negación de agencia sobre sus propios cuerpos.

Transformar estos imaginarios requiere intervenciones simultáneas en múltiples niveles: desmontaje de estereotipos capacitistas y racistas, capacitación del personal de salud en enfoques interseccionales, desarrollo de protocolos que respeten su autonomía, y visibilización de sus experiencias y necesidades específicas en políticas públicas de salud reproductiva.



## Conclusiones

Esta investigación documentó, entre septiembre y diciembre de 2024, las barreras estructurales, culturales e institucionales que enfrentan las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (DSR), incluido el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Mediante 26 encuestas, 20 entrevistas semiestructuradas, observaciones participativas y ejercicios de corpografía realizados en los corregimientos de Cisneros y Bajo Calima (Km 9), y en los barrios La Inmaculada, María Eugenia y Antonio Nariño, se recogieron las experiencias situadas de mujeres con discapacidades físicas, sensoriales, cognitivas e intelectuales.

Los hallazgos no pretenden ser generalizables, pero su valor radica en visibilizar realidades frecuentemente invisibilizadas y en aportar una línea base para futuras investigaciones y acciones de incidencia. A continuación se presentan las conclusiones organizadas en cinco ejes: (i) las barreras de acceso a la salud, (ii) los imaginarios sociales y el racismo estructural, (iii) las barreras de información y comunicación, (iv) los aprendizajes metodológicos del proceso investigativo; y la brecha entre el reconocimiento formal de derechos y su materialización.

### 1. Fallas de adaptabilidad y accesibilidad en el acceso a la salud

La infraestructura sanitaria de Buenaventura evidenció una insensibilidad sistemática frente a las necesidades de las mujeres con discapacidad. Los testimonios documentaron camillas inaccesibles para personas con movilidad reducida, ausencia de rampas y equipos especializados, y espacios diseñados exclusivamente para un usuario universal que excluye a quienes no se ajustan a la norma corporal.

A esta barrera física se suma una barrera geográfica, pues la concentración de servicios de salud en el área urbana obliga a las mujeres de zonas rurales a asumir costos de transporte que frecuentemente no pueden cubrir. Los testimonios de algunas participantes mostraron cómo la falta de transporte accesible y la ausencia de mecanismos de traslado cubiertos por las EPS conducen a la postergación o la renuncia de la atención médica. Lo anterior, se configura como una segregación espacial que profundiza las desigualdades.

El silencio de las instituciones de salud ante las solicitudes de información del equipo investigador constituye, en sí mismo, un indicador de la dificultad para recabar información que permita comprender las desigualdades de un sistema de salud que no ha incorporado ajustes razonables para atender adecuadamente a las personas con discapacidad.

Pese a esfuerzos puntuales, la capacitación del personal de salud para atender a personas con discapacidad sigue siendo insuficiente. Lo que las mujeres relatan es un trato que depende de quién las atiende, lo cual sugiere que no existen protocolos claros ni formación sistemática, y que las experiencias positivas son excepciones que dependen de la sensibilidad individual de cada profesional.

## 2. Estereotipos, imaginarios sociales y racismo estructural

Las barreras de acceso a los DSR no son exclusivamente físicas o institucionales, puesto que operan también a través de imaginarios sociales que deshumanizan a las mujeres afrodescendientes con discapacidad. La investigación identificó dos fenómenos recurrentes y contradictorios, por un lado, la infantilización que las concibe como eternas niñas incapaces de decidir sobre sus cuerpos y, del otro, la hipersexualización que las reduce a objetos de deseo exótico y las expone a violencia sexual. Ambos mecanismos convergen en una negación de su autonomía reproductiva.

Esta tensión se manifiesta en prácticas concretas documentadas por el estudio, tales como: familiares que someten a mujeres con discapacidad al uso de anticonceptivos sin su consentimiento, madres que consideran la esterilización como medida preventiva y cuidadoras que toman decisiones reproductivas en nombre de las mujeres.

En las zonas rurales, las convicciones religiosas operaron como una barrera adicional que dificultó el diálogo sobre planificación familiar e IVE durante los talleres. En el contexto urbano, la desinformación médica cumplió una función similar. En esa línea, los testimonios recogidos sugieren que, en la práctica, algunos profesionales de salud funcionan como obstáculos para el ejercicio de derechos que el marco legal ya garantiza.

El racismo estructural atraviesa y agrava estas dinámicas. La invisibilización de las mujeres negras con discapacidad en los discursos y políticas públicas sobre DSR, la ausencia de datos oficiales desagregados sobre esta población y la precariedad institucional de un sistema de salud que refleja décadas de desinversión estatal en Buenaventura, configuran un escenario donde la intersección de raza, género y discapacidad produce formas únicas de exclusión que no pueden comprenderse desde un solo eje de análisis.

## 3. Acceso a la información y la comunicación

Las limitaciones en el acceso a información sobre DSR constituyeron una barrera transversal a todos los tipos de discapacidad documentados. El 46.2% de las encuestadas reportó no haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva en formatos accesibles (braille, lengua de señas), y solo el 26.9% se consideró plenamente informada

sobre sus derechos, incluido el derecho a la IVE. Estas cifras, derivadas de 26 encuestas y por tanto sin pretensión de representatividad estadística, son consistentes con los testimonios cualitativos.

Para las mujeres sordas, la ausencia de intérpretes profesionales en clínicas y hospitales restringe tanto su acceso a información sobre anticoncepción e IVE como su capacidad de comunicar decisiones y necesidades al personal médico. Los esfuerzos de algunas instituciones por capacitar a su personal en lengua de señas han sido insuficientes, pues se limitan a cursos básicos que no garantizan comunicación fluida en situaciones como la atención a víctimas de violencia sexual o el acompañamiento en procesos de IVE.

Esta barrera puede rastrearse a nivel individual y estructural. En su dimensión individual, la desinformación restringe la libertad en las decisiones reproductivas, pues genera que muchas mujeres ignoren las opciones anticonceptivas disponibles, no sean informadas sobre los efectos secundarios de los métodos que les son aplicados, o que ignoren por completo su derecho a la IVE. A nivel estructural, la invisibilidad estadística impide la formulación de políticas basadas en evidencia porque los sistemas de información no desagregan ni cruzan variables de género, pertenencia étnico-racial, discapacidad y servicios de DSR. El hecho de que solo Profamilia respondiera a las solicitudes formales de información, y que ni siquiera esta institución dispusiera de datos desagregados sobre mujeres negras con discapacidad atendidas, es un indicador de este vacío.

#### 4. Aprendizajes metodológicos

El proceso investigativo puso en evidencia que los instrumentos clásicos de investigación cualitativa no están diseñados para contextos donde las participantes tienen formas diversas de procesamiento, comunicación y atención. La adaptación continua de herramientas según el tipo de discapacidad no fue una contingencia sino una condición del trabajo de campo, lo que plantea preguntas relevantes para la investigación social con poblaciones atravesadas por múltiples formas de opresión.

Un hallazgo significativo fue constatar que la infantilización se reproduce en los propios escenarios de investigación. En varios talleres, las acompañantes, madres o cuidadoras, hablaron en nombre de las mujeres, interpretaron sus respuestas o limitaron su participación autónoma. Este fenómeno nos interesa porque revela cómo las dinámicas de control operan incluso en espacios diseñados para dar voz a las participantes, y nos plantea la necesidad de repensar las metodologías de investigación social y sus condiciones de realización, desde enfoques que garanticen la agencia de las personas con discapacidad.

La estrategia casa a casa permitió un contacto más personalizado, pero también evidenció que en contextos de empobrecimiento, donde las mujeres carecen de espacios privados, la intimidad necesaria para abordar temas de DSR se ve comprometida por la presencia de familiares. En las zonas rurales, las creencias religiosas y culturales generaron resistencias adicionales al diálogo. Estos factores profundizan la reflexión en torno a que la adaptación metodológica es una condición permanente de la investigación cualitativa en contextos de desigualdad múltiple.

## 5. La brecha entre el reconocimiento formal de derechos y su materialización

Colombia ha construido un marco normativo robusto en materia de IVE y derechos de las personas con discapacidad. La línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, desde la sentencia C-355 de 2006 hasta la C-055 de 2022, y la regulación vigente establecen obligaciones reforzadas del Estado para garantizar el acceso de las mujeres con discapacidad a los DSR. Sin embargo, los hallazgos de esta investigación revelan una brecha entre ese reconocimiento formal y la experiencia concreta de las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura. Y confirman la necesidad de seguir rastreando dónde y cómo se quiebra, en la práctica, el alcance de este marco de liberalización del aborto.

Esa brecha se manifiesta en la falta de capacitación médica sobre el marco legal de la IVE y los protocolos de atención diferencial, en el uso de la objeción de conciencia como barrera de acceso, en la imposición de requisitos no contemplados por la norma, y en la ausencia de ajustes razonables en los servicios de salud. En un contexto como Buenaventura, donde la falta de inversión estatal sostenida, la violencia y la pobreza estructural limitan de manera severa las condiciones de vida, la distancia entre el derecho reconocido y el derecho ejercido configura una violación al derecho a la igualdad y no discriminación de esta población.

A pesar de las múltiples barreras documentadas, esta investigación también identificó expresiones de resistencia y agencia por parte de las participantes que son palpables en la denuncia explícita de las condiciones inadecuadas del sistema de salud, la demanda de servicios accesibles y dignos, y la disposición a compartir experiencias que habían permanecido silenciadas. La participación de las mujeres en los talleres y entrevistas es en sí misma un ejercicio de ciudadanía y visibilización.

Los hallazgos de este estudio evidencian que la ausencia de programas y protocolos institucionales con enfoque social de la discapacidad es una de las causas centrales de las barreras documentadas. La atención que reciben estas mujeres depende del criterio individual de cada profesional y no de directrices institucionales, lo que produce experiencias radicalmente desiguales dentro del mismo sistema de salud. Ahora bien, cualquier respuesta institucional que incorpore únicamente la variable de discapacidad sin atender su interacción con la pertenencia étnico-racial, el género, la clase y las

condiciones del territorio resultará insuficiente para las mujeres que participaron en este estudio.

La investigación también reveló que la ausencia de datos desagregados por pertenencia étnico-racial, género y discapacidad en los sistemas de información en salud opera como una forma de invisibilización que condiciona la respuesta institucional. La omisión del deber de recolectar estos datos limita las posibilidades de comprender las situaciones de desigualdad que enfrentan las personas con discapacidad en el acceso a la salud y restringe la capacidad institucional para atender las barreras que interfieren en su goce pleno de derechos.

Finalmente, es inaplazable producir más investigaciones que profundicen en la intersección entre racismo, discapacidad y justicia reproductiva, un campo todavía incipiente en Colombia y América Latina. Los patrones documentados en este estudio son consistentes con lo que reporta la investigación internacional sobre la intersección entre capacitismo y derechos reproductivos. Sin embargo, esa literatura, tanto la producida en el Norte Global como la creciente investigación en América Latina, rara vez examina de manera conjunta la dimensión étnico-racial y la discapacidad en su análisis de las barreras reproductivas. Este estudio aporta evidencia empírica desde un contexto que esa investigación no ha cubierto, un territorio del Pacífico colombiano donde el capacitismo opera de forma intrincada con el racismo estructural, la precariedad del sistema de salud y las condiciones socioeconómicas de una población históricamente marginada. Profundizar en esta intersección es una tarea inaplazable en Colombia y América Latina. Situar y comprender las experiencias, la voluntad y las preferencias de las mujeres negras con discapacidad es una obligación del Estado colombiano y una condición indispensable para avanzar hacia el reconocimiento pleno de sus derechos y su autonomía.



# Recomendaciones

La evidencia documentada en esta investigación revela barreras sistemáticas que impiden a las mujeres negras con discapacidad en Buenaventura ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos. Estas recomendaciones priorizan intervenciones basadas en los hallazgos específicos del estudio y enfatizan la participación activa de estas mujeres en el diseño e implementación de soluciones.

Cualquier estrategia debe partir del reconocimiento de la agencia de las mujeres negras con discapacidad y promover su participación activa en la construcción de medidas y programas. La ausencia de sus voces en los procesos de toma de decisiones impide que las políticas respondan efectivamente a sus necesidades.

Además, las mujeres negras con discapacidad se encuentran en una posición de vulnerabilidad extrema debido a la confluencia de estas diversas formas de discriminación. El racismo sistémico las margina dentro de la sociedad, con lo que limita sus oportunidades educativas y laborales; el capacitismo las excluye de espacios y servicios que no están diseñados para ser accesibles; el machismo profundiza la violencia de género y las lleva a situaciones de dependencia económica y social; finalmente, la exclusión social las aísla e impide que formen redes de apoyo y accedan a recursos comunitarios.

Estas barreras estructurales tienen un impacto profundo en su bienestar y calidad de vida. La falta de acceso a servicios de salud adecuados, entre los que se encuentran los servicios de salud sexual y reproductiva, es una de las consecuencias más graves. Sin acceso a información y servicios de salud adaptados y adecuados a sus contextos y discapacidades, estas mujeres no pueden tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos y su salud, lo que las pone en riesgo de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y otras complicaciones de salud.

La discriminación interseccional perpetúa ciclos de pobreza y marginación. La falta de oportunidades educativas y laborales limita su capacidad para ser económicamente independientes, lo que a su vez las hace más vulnerables a la explotación y la violencia. La dependencia económica también puede impedir que abandonen situaciones de abuso o que busquen ayuda cuando la necesitan.

Para abordar estos desafíos es fundamental desarrollar estrategias integrales que consideren todas las formas de discriminación que enfrentan estas mujeres. Por esta razón, a continuación, dejamos una serie de recomendaciones claves para minimizar los índices anteriormente presentados.

## **Recomendaciones a las entidades territoriales**

### **Secretaría de Salud Distrital:**

1. Desarrollar políticas locales que promuevan la inclusión y protección de mujeres negras con discapacidad, de manera que se asegure su participación en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva.

2. Realizar diagnósticos periódicos sobre el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el IVE, para mujeres negras con discapacidad.

3. Recopilar y analizar datos desagregados para identificar barreras en el acceso a servicios de salud por parte de mujeres negras con discapacidad, y desarrollar estrategias específicas para mejorar el acceso a estos servicios.

4. Mejorar la accesibilidad física y comunicacional de los centros de salud para mujeres con discapacidad.

5. Incluir módulos sobre el trato adecuado y respetuoso hacia mujeres negras con discapacidad, con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos.

6. Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), para mujeres negras con discapacidad.

### **Secretaría de Convivencia para la Sociedad Civil:**

1. Crear comités consultivos, con representación de mujeres negras con discapacidad, para asesorar en la formulación de políticas públicas inclusivas en materia de derechos sexuales, reproductivos y acceso a la IVE.

2. Establecer mesas de trabajo intersectoriales que incluyan a representantes de salud, educación, justicia y organizaciones comunitarias para abordar las barreras en el acceso a la IVE.

3. Fomentar el trabajo colaborativo entre diferentes entidades y organizaciones para desarrollar estrategias integrales y coordinadas para mejorar el acceso a los servicios de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, para las mujeres negras con discapacidad.

4. Promover y reconocer los espacios seguros y accesibles existentes donde las mujeres negras con discapacidad puedan reunirse, compartir experiencias y recibir

apoyo para que las instituciones pertinentes repliquen, fortalezcan o adecúen estos espacios para otros contextos.

5. Crear sistemas de monitoreo y evaluación para recopilar datos desagregados sobre el acceso de mujeres negras con discapacidad a servicios de salud sexual y reproductiva.

#### **Recomendaciones a entidades prestadoras de servicios de salud:**

1. Proveer atención integral y personalizada que considere las necesidades específicas de las mujeres negras con discapacidad.

2. Establecer redes de apoyo y acompañamiento para mujeres negras con discapacidad que acceden a servicios de salud sexual y reproductiva.

3. Es fundamental que el Ministerio de Salud y Protección Social adapte y fortalezca los sistemas de información en salud, particularmente el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y el Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro), con el objetivo de garantizar la recopilación y el análisis de datos desagregados sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Esto debe incluir variables detalladas sobre discapacidad, pertenencia étnico-racial y barreras de acceso, con el fin de obtener una visión más precisa de las inequidades en la atención de salud sexual y reproductiva de las mujeres negras con discapacidad\*.

4. Se recomienda que las entidades responsables de la recopilación y análisis de estos datos **capaciten al personal de salud** en la adecuada identificación y registro de estas variables, asegurando que se haga con enfoque interseccional y de derechos humanos.

#### **Recomendaciones a organizaciones feministas:**

1. Ofrecer talleres y programas de promoción agencia que fortalezcan la participación de las mujeres negras con discapacidad, para que continúen ejerciendo su liderazgo en el territorio.

2. Es fundamental que las agendas sociales y políticas prioricen las necesidades y apuestas de las mujeres negras con discapacidad, asegurando su participación activa en la formulación, implementación y monitoreo de políticas públicas y marcos normativos que les afectan directamente. La baja participación de mujeres negras con discapacidad en la construcción de resoluciones y circulares adoptadas tras la sentencia C-055 de 2022 evidencia la urgencia de corregir esta exclusión y garantizar su representación

---

\* Actualmente, aunque la Resolución 051 de 2023 enuncia la necesidad de desagregar estos datos, no existen mecanismos específicos para su recopilación efectiva. La implementación de ajustes en los sistemas de información permitiría **visibilizar las barreras estructurales, mejorar la planificación de políticas públicas y asegurar una prestación de servicios más inclusiva y efectiva** para poblaciones históricamente marginadas. Esto también contribuiría a la rendición de cuentas de los prestadores de salud, garantizando que el derecho a la IVE se cumpla sin discriminación ni barreras administrativas.

efectiva en los espacios de interlocución con las entidades gubernamentales y de la sociedad civil.

3. Crear y fortalecer redes de solidaridad y apoyo entre mujeres negras con discapacidad y otras organizaciones feministas.

## Referencias bibliográficas

- Bazán, H. (2023). Geografía de la Discapacidad: Aportes geográficos a los estudios sobre discapacidad. *Investiga+*, 6(6), 68-83. <https://revistas.upc.edu.ar/investiga-mas/issue/view/6>
- Buenaventura Cómo Vamos (2024). Informe de calidad de vida Buenaventura 2022-2023. Construyendo el futuro con todos. <https://www.buenaventuracomovamos.org/wp-content/uploads/2024/08/Informe-de-Calidad-de-Vida-Buenaventura-2022-2023.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] (2007). Consenso de Quito. Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. <https://hdl.handle.net/11362/40449>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] (2021). Leyes de salud sexual y reproductiva en América Latina, 2021. [https://oig.cepal.org/sites/default/files/c2100784\\_web.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/c2100784_web.pdf)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] (2023). Compromiso de Santiago. XIV Conferencia Regional sobre la mujer de América Latina y el Caribe. <https://hdl.handle.net/11362/46468>
- Corte Constitucional de Colombia. (2008a). Sentencia T-209 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-209-08.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2008b). Sentencia T-946 de 2008. M.P. Jaime Córdoba Triviño. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-946-08.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2007). Sentencia T-988 de 2007. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-988-07.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sentencia C-055 de 2022. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/C-055-22.htm>

- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- DANE. (2024). Proyecciones de población por sexo y edad – Buenaventura, Valle del Cauca. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co>
- DANE. (2025) Estadísticas vitales (EEVV): cifras definitivas 2024, año corrido 2025pr [Comunicado de prensa]. <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/2025/25-sep-2025/cp-EEVV-Defunciones-Isem2025pr.pdf>
- Decreto 4444 de 2006. Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva. 13 de diciembre de 2006. D.O. 46481. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22421>
- Díaz, A., Anaya, V. y Hernández, M. (2023). Derechos sexuales y reproductivos en personas con discapacidad en Colombia, desde la mirada de la Corte Constitucional [tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/53956>
- Foucault, M. [1976] (1977). *Historia de la sexualidad. I: La voluntad de saber* (trad. U. Guiñazú). Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad: Volumen 1: La voluntad de saber*. Editorial Paidós.
- García Villegas, M. (2005). La decisión sobre el aborto. El tiempo. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1864832>
- ILEX Acción Jurídica (2024). IVE desde el margen: análisis de limitaciones socio jurídicas de las mujeres negras afrodescendientes para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. <https://ilexaccionjuridica.org/ive-desde-el-margen-analisis-de-las-limitaciones-socio-juridicas-de-las-mujeres-negras-afrodescendientes/>
- Jaramillo, K. S. (2023). Conflicto armado en el distrito de Buenaventura: un análisis desde el impacto psicosocial de los habitantes del barrio Pampalinda [tesis de pregrado, Universidad del Pacífico]. Repositorio institucional de la Universidad del Pacífico. <https://repositorio.unipacifico.edu.co/handle/unipacifico/802>
- Ley 599 de 2000. Por la cual se expide el Código Penal. 24 de julio de 2000. D.O. 44097. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6388>

Ley 1145 de 2007. Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones. 10 de julio de 2007. D.O. 46685. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=25670>

Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. 31 de julio de 2009. D.O. 47.427. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37150#:~:text=Los%20Estados%20Partes%20prohibir%C3%A1n%20toda,la%20discriminaci%C3%B3n%20por%20cualquier%20motivo.>

Ley 1381 de 2010. Por la cual se desarrollan los artículos 7º, 8º, 10 y 70 de la Constitución Política, y los artículos 4º, 5º y 28 de la Ley 21 de 1991 (que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales), y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes. 25 de enero de 2010. D.O. 47.603. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38741>

Ley 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. 27 de febrero de 2013. D.O. 48717. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52081>

Libreros, L. A. (2018). El uso sostenible de la biodiversidad y del patrimonio cultural de las zonas rurales de Buenaventura como estrategia de innovación social [tesis de maestría, Universidad Icesi]. Repositorio institucional Icesi. <http://hdl.handle.net/10906/84420>

Lugones, M. (2014). Colonialidad y género. En Y. Espinosa, D. Gómez y K. Ocha (eds.), *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala* (pp. 57-74). Popayán: Universidad del Cauca.

Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2014a). Prevención del aborto inseguro en Colombia, protocolo para el sector de la salud. [https://www.orientame.org.co/wp-content/files\\_nmf/14316439372014ProtocoloIVEMinsalud.pdf](https://www.orientame.org.co/wp-content/files_nmf/14316439372014ProtocoloIVEMinsalud.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2014b). Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Balance proceso reglamentario: Ley estatutaria 1618 de 2013 por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ps/documento-balance-1618-2013-240517.pdf>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación [FAO] y la Agricultura y Agencia de Desarrollo Rural (2019). Plan integral de desarrollo agropecuario y rural con enfoque territorial distrito de Buenaventura. <https://www.adr.gov.co/wp-content/uploads/2021/07/BUENAVENTURA-TOMO-1.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). *Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion* (2.ª ed.). Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2.ª ed.). Ginebra: OMS.

Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú indígena*, 13(29), 11-20. <http://www.lavaca.org/wp-content/uploads/2016/04/quijano.pdf>

Resolución 051 de 2023. Por medio del cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018. 12 de enero de 2023. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf)

Secretaría de Convivencia para la Sociedad Civil del Distrito Especial de Buenaventura (2024). Informe de indicadores estadísticos-población víctima del conflicto armado del distrito de Buenaventura 01 de enero al 31 de agosto de 2024. <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/indicadores-poblacion-victima-del-distrito-especial-de-buenaventurasecretaria-de-convivencia-para-la-sociedad-civil>

- Secretaría de Etnoeducación del Distrito Especial de Buenaventura (2024) Informe de indicadores cobertura en cifras. <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/informe-indicadores-cobertura-y-gestionsecretaria-de-educacion>
- Secretaría de Salud del Distrito Especial de Buenaventura (2024). Indicadores de salud Distrito de Buenaventura. <https://www.buenaventura.gov.co/media/multimedia/6287>
- Sentencia C-133/1994. (1994, 17 de marzo). Corte Constitucional (Antonio Barrera Carbonell, M.P.).
- Sentencia C-355/2006. (2006, 10 de mayo). Corte Constitucional (Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández, M.P.).
- Sentencia C-055/2022. (2022, 21 de febrero). Corte Constitucional (Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos, M.P.).
- Sentencia SU-096/2018. (2018, 17 de octubre). Corte Constitucional (José Fernando Reyes Cuartas, M.P.).
- Sentencia T-988/2007. (2007, 20 de noviembre). Corte Constitucional (Humberto Antonio Sierra Porto, M.P.).
- Sentencia T-209/2008. (2008, 28 de febrero). Corte Constitucional (Clara Inés Vargas Hernández, M.P.).
- Sentencia T-946/2008. (2008, 2 de octubre). Corte Constitucional (Jaime Córdoba Triviño, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-946-08.htm>
- Segato, R. L. (2003). El género en la antropología y más allá de ella. En R. L. Segato, *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos* (pp. 55-85). Bernal: Universidad de Quilmes.
- Soto, C. A. (2015). Historia de la despenalización del aborto en Colombia y sus implicaciones bioéticas y sociales [tesis de especialización, Universidad de La Sabana]. Repositorio de la Universidad de La Sabana. <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/22858>
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>



# Glosario

A continuación, se definen cada uno de los términos y conceptos básicos generales relacionados con el fenómeno del aborto inseguro, para esto se toman como referencia las definiciones de la OMS (1995 y 2003) que guiarán la investigación. Adicionalmente, se plantean otros términos relevantes en relación con la discapacidad.

**Aborto:** interrupción del embarazo que puede ser espontánea o inducida (OMS, 1994).

**Aborto espontáneo:** se refiere a la interrupción del embarazo sin que medie alguna intervención o maniobra abortiva, sus causas a menudo se relacionan con problemas genéticos del feto, o con trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la mujer (OMS, 2003).

**Aborto farmacológico o no quirúrgico:** es un método médico para interrumpir el embarazo mediante el uso de fármacos como mifepristona y misoprostol.

**Aborto inducido:** se refiere a la interrupción del embarazo por medio de una intervención deliberada (OMS, 1994). El aborto inducido se asocia, generalmente, con problemas sociales y personales que tienen implicaciones médicas, culturales, religiosas, éticas, políticas y psicológicas.

**Aborto quirúrgico:** se refiere a procedimientos transcervicales para finalizar el embarazo, entre los que se incluyen la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación.

Para la realización del aborto quirúrgico existen dos técnicas:

(i) La **aspiración manual endouterina** (AMEU), es también conocida como aborto por succión, curetaje por vacío, curetaje por succión, regulación menstrual o mini-succión. Es un método mediante el cual el contenido del útero es extraído a través de una cánula —un tubo estrecho— de metal conectada a una fuente de vacío.

Y la **aspiración con bomba eléctrica** (AEU), es un procedimiento que se basa en el mismo principio del AMEU, pero el vacío se genera a través de una bomba eléctrica para asegurar la evacuación completa del contenido del útero.

(ii) La **dilatación y evacuación** (DyE), se trata de dos procedimientos que se deben realizar para lograr el objetivo. El primero, consta de la dilatación del

cuello del útero con el ánimo de poder pasar el instrumento de evacuación; una vez el orificio cervical está lo suficientemente dilatado como para permitir el paso del instrumento de evacuación se realiza el segundo procedimiento, en donde el instrumento pasa haciendo un movimiento de “raspado” de la cavidad endometrial para poder evacuar los productos. Este es el método recomendado para el aborto quirúrgico después de las primeras 12 a 14 semanas de embarazo. Es la técnica más segura y más eficaz para realizar un aborto después de ese plazo cuando hay personal calificado y experimentado. (Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA, 2014b)

**Aborto legal:** se refiere a la interrupción del embarazo (IE) dentro del marco normativo que rige a cada país. En el caso de Colombia, el aborto legal es un derecho fundamental reconocido por la Corte Constitucional desde el año 2006. En este estudio se entenderá por IVE la interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados por la sentencia C-355-06.

**Aborto seguro vs. aborto inseguro (aborto legal/aborto ilegal):** la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de Naciones Unidas, realizada en El Cairo en 1994, define **aborto seguro** como un componente de los servicios de salud reproductiva, y afirma que, donde sea legal, el aborto debería ser seguro. El aborto seguro implica un riesgo muy bajo para la mujer. La mortalidad materna observada en los casos de aborto seguro es de no más de **uno (1) por cada cien mil (100 000) intervenciones**, y las complicaciones también tienen una incidencia muy baja (OMS, 2012).

Por su parte, en este estudio se adoptará la definición básica sobre **aborto inseguro** de la OMS que se centra en dos criterios claves: i) las competencias profesionales, y ii) las técnicas utilizadas durante el procedimiento farmacológico o quirúrgico para la interrupción del embarazo. También se tendrán en cuenta los criterios consignados en la Guía Técnica y de Políticas del Sistema de Salud (OMS, 2012), que establecen si un aborto se produce o no en condiciones de riesgo para la vida y/o la salud de la mujer con base en: i) marco normativo; ii) voluntariedad y autonomía en la toma de decisión; iii) acceso a la información; iv) acceso a servicios de salud; v) mejores técnicas y prácticas, entre las que se cuentan como métodos recomendados:

**Aborto médico:** Este método se recomienda hasta la semana 12 de gestación. **Para embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo**, el método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguida de misoprostol 1 a 2 días más tarde. Si no se dispone de mifepristona, como en el caso colombiano, el método recomendado para el aborto médico es 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 µg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas. **Para embarazos con una edad gestacional**

**de entre 9 y 12 semanas (63 a 84 días)**, el método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal entre 36 y 48 horas más tarde.

**Aborto quirúrgico:** La aspiración de vacío es la técnica recomendada para el aborto quirúrgico de embarazos con un máximo de 12 a 14 semanas de gestación. Este procedimiento no debe completarse mediante curetaje cortante a modo de rutina. Aún si se practica el método de dilatación y curetaje cortante (DyC), debe reemplazarse por la aspiración de vacío. Para el aborto de embarazos con una edad gestacional mayor de 12 y 14 semanas se recomiendan tanto la dilatación y evacuación (DyE) como los métodos médicos (mifepristona y misoprostol; misoprostol solo). Los centros médicos deben ofrecer al menos uno de estos métodos —preferentemente ambos— según la experiencia del profesional y la disponibilidad de capacitación. (Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA, 2014b)

vi) Acceso a profesional médico capacitado y a recintos que cuenten con todos los estándares tanto higiénicos como técnicos para la prestación del servicio en condiciones óptimas; vii) confidencialidad y privacidad; viii) atención post-aborto; y, ix) protección de las personas con algún tipo de vulnerabilidad: mujeres adolescentes, aquellas que viven en pobreza extrema, las mujeres de minorías étnicas, las mujeres desplazadas, con discapacidad o víctimas de la violencia de género, en las que se asume pueden ser más vulnerables de ser afectadas por prácticas inseguras al momento de realizarse un aborto.

**Ajustes razonables:** Según el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), son las “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”. En el contexto de la salud sexual y reproductiva, los ajustes razonables pueden incluir: acceso a información en formatos accesibles (braille, lectura fácil, lengua de señas), adaptaciones físicas en consultorios, tiempos de consulta extendidos, presencia de personas de apoyo durante procedimientos médicos, y materiales con información adaptados a diferentes tipos de discapacidad.

**Autismo:** el autismo es un espectro de condiciones neurodivergentes que afecta la comunicación, la interacción social y los comportamientos repetitivos o estructurados. Desde una perspectiva activista, el autismo no debe verse como un trastorno que necesita ser *curado*, sino como una variación neurológica que debe ser aceptada y respetada. Los activistas del movimiento por los derechos de las personas autistas abogan por la visibilización, la inclusión y el acceso a los apoyos necesarios para que las personas en el espectro autista puedan vivir vidas plenas y autónomas. Este enfoque también critica el

uso de intervenciones o terapias que buscan *normalizar* a las personas autistas, en lugar de centrarse en su bienestar y autodeterminación.

**Autonomía y autodeterminación:** uno de los pilares centrales del activismo por la discapacidad es el derecho a la autodeterminación. Las personas con discapacidad deben tener la capacidad y libertad para tomar decisiones sobre sus propias vidas. Esto implica el acceso a la información, a los apoyos necesarios para la toma de decisiones y el derecho a rechazar intervenciones paternalistas. Los activistas insisten en que las personas con discapacidad son agentes activos, no sujetos pasivos que dependen de la caridad o del control de otros.

**Capacitismo:** es una forma de discriminación que privilegia los cuerpos y mentes normativos y margina a quienes no cumplen con esos estándares. Activistas contra el capacitismo denuncian cómo esta ideología se manifiesta en todas las esferas de la vida, desde el lenguaje cotidiano hasta las políticas públicas, pasando por la representación en los medios, y luchan por dismantlar el capacitismo al tiempo que promueven la aceptación de la diversidad funcional y mental.

**Condición de discapacidad:** es un término que denota las características físicas, sensoriales, cognitivas o psíquicas que pueden hacer que una persona enfrente barreras en su interacción con el entorno. El enfoque activista rechaza que estas condiciones sean vistas como problemas inherentes a la persona, y en su lugar, identifica la discapacidad como un resultado de la falta de adaptación del entorno y las actitudes sociales excluyentes. Es una categoría que llama a un análisis crítico de las estructuras que perpetúan la marginación de quienes viven con condiciones de discapacidad.

**Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006):** Tratado internacional ratificado por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009. Establece el derecho de las personas con discapacidad a ejercer su capacidad jurídica en igualdad de condiciones (artículo 12), el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 25), y la prohibición de la esterilización forzada. La Convención adopta el modelo social de la discapacidad y exige ajustes razonables en todos los ámbitos de la vida. Ley Estatutaria 1996 de 2019: Establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad en Colombia. Esta ley elimina la figura de interdicción y curatela que sustituía la voluntad de las personas con discapacidad, y establece en su lugar un sistema de apoyos que respeta la autonomía y autodeterminación. El artículo 6 consagra el derecho al consentimiento libre e informado en decisiones sobre salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y el artículo 47 prohíbe expresamente la esterilización forzada.

## Derechos sexuales y reproductivos

Las siguientes definiciones se fundamentan en los principios establecidos por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Naciones Unidas, 1994), la Plataforma de Acción de Beijing (Naciones Unidas, 1995), y los estándares desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (2002, 2006) en materia de salud sexual y reproductiva.

**Derechos reproductivos:** los derechos reproductivos se enfocan en la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su reproducción, sin ser sometidas a discriminación, coacción o violencia (Naciones Unidas, 1994). Estos derechos son fundamentales para la autonomía corporal y la libertad de elección respecto a la maternidad y paternidad.

- **Derecho a decidir sobre la maternidad y paternidad:** es la capacidad de elegir si tener hijos, cuándo tenerlos y cuántos tener.
- **Acceso a métodos anticonceptivos:** se refiere a la disponibilidad de una gama completa de métodos anticonceptivos seguros y accesibles para poder evitar embarazos no deseados.
- **Acceso a servicios de salud reproductiva:** servicios que incluyen atención prenatal, parto seguro, atención postnatal y el tratamiento y prevención de enfermedades reproductivas.
- **Derecho al aborto seguro y legal:** es el derecho de las personas a interrumpir un embarazo no deseado de manera segura y digna, en condiciones legales y sanitarias apropiadas.
- **Procreación asistida:** es el derecho de las personas a acceder a tecnologías de reproducción asistida, como la fertilización in vitro, cuando enfrentan dificultades para concebir.

**Derechos sexuales:** los derechos sexuales se centran en la capacidad de las personas para ejercer su sexualidad de manera libre, segura, sin coerción, violencia o discriminación (OMS, 2006). Implican el respeto a la dignidad y la autonomía de cada persona sobre su cuerpo, su identidad y sus prácticas sexuales.

- **Autonomía sexual:** es la libertad de decidir sobre la propia vida sexual, incluyendo con quién tener relaciones sexuales y bajo qué condiciones.
- **Consentimiento informado:** se refiere a la capacidad de tomar decisiones informadas y voluntarias sobre la vida sexual, garantizando el respeto mutuo y el consentimiento en todas las interacciones sexuales.
- **Diversidad sexual y de género:** es el derecho a vivir libremente la orientación sexual, identidad de género y expresión de género sin sufrir discriminación o violencia.

- **Educación sexual integral:** es el derecho a recibir información científica, inclusiva y adecuada sobre la sexualidad, que permita tomar decisiones informadas y responsables.
- **Prevención de la violencia sexual:** implica la protección contra el abuso sexual, la explotación y la violencia basada en el género.

**Discapacidad como categoría de distinción social:** El modelo social de la discapacidad sostiene que las barreras estructurales, culturales y actitudinales crean el fenómeno de la discapacidad. En lugar de centrarse en las limitaciones físicas o sensoriales de las personas, las ciencias sociales ponen el foco en cómo la sociedad, a través de políticas excluyentes, arquitecturas inaccesibles y prejuicios, genera discapacidad.

**Discapacidad física:** Se refiere a limitaciones en la movilidad, coordinación o funcionalidad física del cuerpo que pueden dificultar la interacción con entornos no adaptados. Es importante enfatizar que la discapacidad no reside en el cuerpo de la persona, sino en las barreras arquitectónicas y actitudinales del entorno (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ONU, 2006). **Discapacidad cognitiva/intelectual:** Se refiere a diferencias en el funcionamiento intelectual y en las habilidades conceptuales, sociales y prácticas adaptativas. Desde el modelo social, se reconoce que las personas con discapacidad cognitiva pueden ejercer su capacidad legal con los apoyos adecuados, según establece la Ley 1996 de 2019 en Colombia. **Discapacidad sensorial:** Incluye limitaciones en la capacidad de ver (discapacidad visual) o escuchar (discapacidad auditiva) que generan barreras comunicacionales cuando el entorno no ofrece formatos accesibles o intérpretes. **Discapacidad psicosocial:** Se relaciona con condiciones de salud mental que pueden generar barreras de participación social cuando no existen los apoyos y ajustes necesarios en los entornos laborales, educativos, de salud o comunitarios.

**Diversidad funcional:** este término es una categoría propuesta desde el activismo para reemplazar conceptos que llevan carga peyorativa o que patologizan a las personas con discapacidad. La diversidad funcional celebra las diferencias en la forma en que las personas interactúan con el mundo, y promueve una cultura de respeto y reconocimiento hacia estas diferencias. Este término busca visibilizar la discapacidad como una de las muchas formas de ser humano, no como una deficiencia que debe corregirse.

**Geografía de la discapacidad:** este concepto examina cómo las barreras físicas y sociales están distribuidas espacialmente y cómo afectan a las personas con discapacidad en función de su ubicación geográfica. Los distintos campos de las ciencias sociales estudian cómo la urbanización, la distribución de servicios y la infraestructura están diseñadas para favorecer a las personas sin discapacidad, marginando a quienes enfrentan barreras para acceder a ellos. También subraya cómo las áreas rurales suelen ser más inaccesibles debido a la falta de infraestructura adecuada. Este análisis

permite entender la discapacidad como un fenómeno profundamente influenciado por la organización espacial y económica de los territorios.

**Modelo de cuidados y apoyo:** frente a la visión médica que trata de *curar o arreglar* la discapacidad, las posturas críticas proponen un modelo de apoyo. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir los apoyos necesarios para vivir de manera plena e independiente, respetando su autonomía. Este modelo incluye asistencia personal, adaptaciones tecnológicas y accesibilidad universal en entornos físicos y digitales. La idea es permitir que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y participen plenamente en la sociedad, sin ser definidas por sus condiciones médicas.

**Movilidad reducida:** las personas con movilidad reducida enfrentan barreras para moverse de manera libre y autónoma debido a una condición física o motora. El activismo por los derechos de las personas con movilidad reducida enfatiza en la necesidad de garantizar la accesibilidad universal en los espacios públicos y privados, así como en los medios de transporte. Esto incluye rampas, ascensores, baños accesibles y otras infraestructuras adaptadas. Además, aboga por políticas que garanticen la participación plena en la vida social, cultural, económica y política sin que la movilidad sea un impedimento.

**Neurodivergente:** este término describe a las personas cuyas funciones neurológicas difieren de lo que se considera típico o normativo. En lugar de tratar estas diferencias como enfermedades o deficiencias, el activismo neurodivergente las ve como variaciones naturales de la experiencia humana. Incluye condiciones como el autismo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la dislexia, entre otras. El movimiento neurodivergente enfatiza en la necesidad de cambiar las percepciones y expectativas sociales para aceptar diferentes formas de procesar información, pensar y actuar.

Este informe presenta los resultados de una investigación realizada por la Fundación Asesorarte, con el apoyo de ILEX Acción Jurídica, cuyo objetivo fue comprender las barreras, condiciones y posibilidades de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (En adelante IVE) y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de mujeres negras con discapacidad en Buenaventura, Colombia.

A partir de una metodología cualitativa basada en entrevistas, grupos focales y análisis documental, se construyó una lectura interseccional de las múltiples formas de opresión que enfrentan las mujeres con discapacidad. El estudio analiza cómo se entrelazan el racismo, el capacitismo y la exclusión territorial en el sistema de salud, revelando prácticas sistemáticas de infantilización, revictimización, violencia institucional y negación del deseo sexual y reproductivo. El análisis también aborda el papel del cuidado, la medicalización del cuerpo, y la precarización de la vida como condiciones estructurales que restringen el ejercicio pleno de los derechos.

Este estudio pretende contribuir aunque sea modestamente a la comprensión y análisis de las experiencias situadas de mujeres negras con discapacidad frente al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; el desarrollo de un marco de análisis interseccional y comunitario; y una serie de recomendaciones orientadas a instituciones estatales, personal médico, organizaciones sociales y tomadores de decisión, que buscan fortalecer políticas públicas, servicios accesibles y prácticas institucionales que garanticen la autonomía, el consentimiento informado y el derecho a una vida digna.

ISBN: 978-628-95637-8-8



9 786289 563788